FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1932 N. 43

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

Jacques BLAËS

Elève de l'école du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux
Moniteur de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

né le 23 avril 1908 à Besançon (Doubs)

Contribution à l'étude des Folliculites chroniques dépilantes du cuir chevelu

Travail de la Clinique Dermatologique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Directeur: Prof. L.-M. PAUTRIER

Président: M. L.-M. PAUTRIER, Professeur

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1932 N..... 43

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

Jacques BLAËS

Elève de l'école du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux
Moniteur de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

né le 23 avril 1908 à Besançon (Doubs)

Contribution à l'étude des Folliculites chroniques dépilantes du cuir chevelu

Travail de la Clinique Dermatologique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Directeur : Prof. L.-M. PAUTRIER

Président: M. L.-M. PAUTRIER, Professeur

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677
1932

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	MERKLEN ✲ ⁂ I.
Assesseur		NICLOUX ✲ ⁂ I

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⁂ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⁂ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⁂ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⁂ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⁂ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ⁂ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⁂ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⁂ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⁂ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⁂ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⁂ I.
		AMBARD ✲ ⁂ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE O. ✲ ⁂ I.
		STOLZ ✲ ⁂ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⁂ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⁂ I
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⁂ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⁂ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⁂ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⁂ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ⁂ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⁂ I.
BELLOCQ ⁂ I.
GERY ⁂ I.
MM. FONTES ⁂ A

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⁂ A.
BLUM (Paul) O. ✲ ⁂ I.
GELMA ⁂ I.
GUNSETT ✲ ⁂ A.
HANNS ✲ ⁂ A.
HUMBERT ✲ ⁂ A.
KAYSER
KELLER ⁂ I.
MM. KREIS ⁂ A.
LARROUSSE ⁂ A.
REISS
SIMON ✲ ⁂ A.
SIMONIN ✲ ⁂ A
VAUCHER ✲ ⁂ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. A. BOECKEL ✲ ⁂ A., MEYER M. ⁂ A., ROEDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

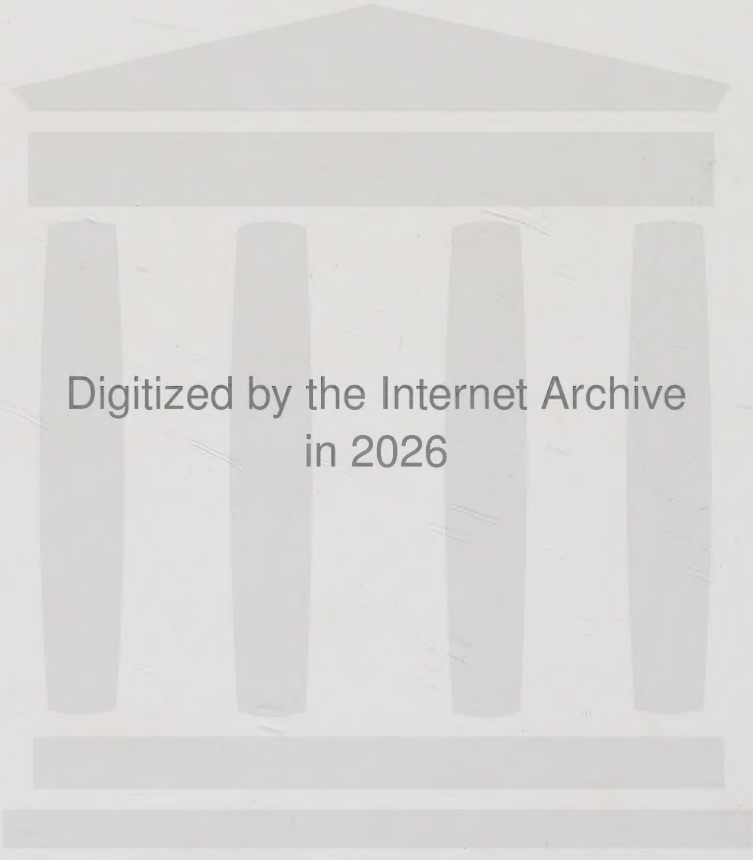
En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548008_0022

A MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MON FRÈRE,

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,
LE CHEF D'ESCADRON D'ARTILLERIE FELLNER.

A MA GRAND'-MÈRE

MEIS ET AMICIS.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES CHEFS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIPPE BELLOCQ,

Professeur à la Faculté de Médecine

Il a été le guide de notre jeune inexpérience. Plus tard, il a bien voulu nous attacher à son laboratoire de médecine opératoire et d'anatomie médico-chirurgicale. Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre très vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L.-M. PAUTRIER,

Professeur de Clinique Dermatologique,
Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma très vive reconnaissance pour l'accueil bienveillant que j'ai trouvé dans son service. Il m'a fait le très grand honneur de diriger le travail de ma thèse et d'en accepter la Présidence.

AVANT - PROPOS.

Nous avons commencé nos études de médecine en 1926. L'expérience du travail de chaque jour nous a montré qu'une direction nous était nécessaire. Cette direction nous l'avons trouvée auprès de certains de nos Maîtres que nous tenons à remercier particulièrement ici.

Dès notre première année, nous avons été vivement impressionné par la clarté et l'élégance de l'enseignement anatomique de M. le Professeur Philippe Bellocq. Nous avons eu à profiter de ses leçons et de son expérience jusqu'à la fin de nos études, puisqu'il a bien voulu, ultérieurement, nous attacher à son laboratoire.

Elève de l'école du Service de Santé militaire, ce n'est pas sans un profond sentiment de reconnaissance, que nous nous souvenons des leçons d'anatomie topographique que M. le Médecin-colonel Ferron nous a faites durant 3 années et des nombreux conseils tant militaires que purement médicaux qu'il nous a prodigués durant les 5 années que nous fûmes «Santard». Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre plus vive gratitude.

Nous avons trouvé auprès de nos chefs du Service de Santé, le meilleur accueil, des soins éclairés et l'exemple par la pratique des qualités du médecin militaire. Que MM. les Médecins-colonels Poirée et Guericolas, les Médecins-commandants Maire et Melnotte soient assurés de nos sentiments d'entier dévouement.

Deux de nos Maîtres, les professeurs agrégés René Simon et Alfred Georges Weiss, ont droit à une place d'élection parmi nos souvenir. L'un et l'autre — à des titres personnels différents — surent dépouiller de toute aridité leurs leçons de pathologie chirurgicale, réussissant avec bonheur à les transporter sur un terrain

essentiellement pratique, laissant toujours une place de premier plan au cas concret du malade dans le plus vaste cadre de l'affection étudiée.

M. le Professeur Géry a éveillé en nous le goût de l'anatomie pathologique. Notre orientation vers la dermatologie a trouvé un adjuvant précieux dans l'habitude prise à ses exercices pratiques de l'examen des pièces anatomiques.

Au cours de notre externat, notre passage dans les services d'urologie et de dermatologie nous a semblé particulièrement fructueux. Que M. le Docteur Boeckel veuille bien trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

Pendant deux années consécutives, nous avons eu la bonne fortune d'être attaché au service de dermatologie de M. le professeur L.-M. Pautrier. Nous étions venu dans ses salles par le jeu normal du roulement de l'externat. Nous pensions y passer un semestre ; la clarté de son enseignement, son affabilité à notre égard, la sympathie que ses collaborateurs nous inspirèrent nous y a retenu jusqu'à la fin de nos études. Que M. le Docteur Roederer, Chargé de cours de dermatologie et du service de consultation, Melle le Docteur Ullmo, les Docteurs Lanzenberg, Glasser et Woringer soient bien persuadés que nous garderons d'eux le souvenir le plus respectueusement dévoué.

CHAPITRE I.

INTRODUCTION.

COMMENT SE POSE LA QUESTION DES FOLLICULITES ÉPILANTES CICATRICIELLES.

Depuis les beaux travaux de Brocq sur les folliculites et les péri-folliculites décalvantes, il semble que ce chapitre de la dermatologie n'ait plus fait l'objet de travaux d'ensemble. Après la brillante période du début où la question fut posée et discutée en 1888-89 et à laquelle s'attachent les noms de Quinquaud, de Lailler, de Besnier, de Brocq, et en dehors des communications ultérieures de Brocq, de Darier, de Danlos à la Société française de dermatologie et le mémoire capital de Brocq donné aux Annales de Dermatologie en 1905 sur «l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade», nous ne trouvons guère en effet, comme travail français, que le mémoire de Dubreuilh sur «Les alopécies atrophiques» (1893), les beaux travaux de Sabouraud et quelques observations isolées. Enfin dans ces derniers temps, Photinos a repris, en un volumineux travail, la question d'ensemble de la pseudo-pelade. A l'étranger, surtout en Angleterre et aux Etats-Unis, nous trouvons un assez grand nombre d'observations de «Folliculite décalvante», «Folliculite nécrosante», «Folliculite atrophiante», «Ulérythème sycosiforme», «Acné pilaire cicatricielle» et dans ces dernières années une série de travaux d'Erich Hoffmann. Mais il ne semble pas que la question soit encore claire dans tous les esprits

et manifestement une certaine confusion persiste. Brocq lui-même, qui s'est efforcé de mettre de l'ordre — et qui y a réussi d'ailleurs — dans ce chapitre de la pathologie cutanée, termine ses travaux en déclarant que la question est encore à l'étude. Darier dans son précis de dermatologie au chapitre des «Folliculites dépilantes cicatricielles», après avoir résumé la description de la Pseudo-pelade de Brocq qu'il admet, déclare que «la folliculite épilante de Quinquaud, acné décalvante de Lailler, n'en diffère que par la présence sur la zone d'envahissement, de quelques folliculites pustuleuses disséminées, du volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois» ce qui pourrait permettre de confondre presque ces deux types d'alopécie ou du moins de ne les différencier qu'au minimum. Sabouraud, dans son ouvrage sur les maladies séborrhéïques du cuir chevelu, décrit, à côté de la calvitie vulgaire, les «alopécies par sclérose folliculaire». «Elles forment tout un groupe nosographique naturel..... Il se compose des maladies connues sous le nom d'ulérythème ophryogène (de Taenzer), de kératose pilaire (Brocq) et de toute la série des folliculites sourdes à évolution cicatricielle qui ont été à tort désignées par plusieurs auteurs sous le nom de pseudo-pelade. Le nom de pelade ne leur convient aucunement, puisqu'il est entendu en dermatologie que les pelades ne s'accompagnent d'aucune lésion inflammatoire et surtout d'aucune lésion folliculitique. Le mot de folliculite n'est pas excellent non plus, pour cette raison que le processus inflammatoire qui précède la chute du cheveu est à peine visible et abortif en apparence. Le phénomène dominant dans l'histoire de ces affections, de cause peut-être différente, peut-être univoque, c'est la *sclérose folliculaire*, absolue, cicatricielle qui les termine, et par conséquent la dépilation irrémédiable qui les suit...».

Pour qui vient de relire ces textes, on conçoit qu'il puisse être embarrassant de classer des faits de folliculites suppurées décalvantes du cuir chevelu, s'il lui est donné d'en observer. Evidemment les termes de «Folliculites épilantes» de Quinquaud, «d'acné décalvante» de Lailler lui reviennent à l'esprit, et paraissent satisfaisants. Mais s'il se reporte aux originaux, il y trouve la même

confusion qui se continue dans les textes de Darier et de Sabouraud. Il faut donc retourner aux travaux de Brocq, à la classification des folliculites dépilantes qu'il a proposée dès 1888 et la contrôler à la lumière des faits nouveaux. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce travail à propos de quelques malades que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Nous ne pouvons évidemment songer à faire un historique du sujet et nous renverrons ceux qu'il intéresserait à l'article «Alopécies» de Brocq de la Pratique dermatologique au mémoire sur «l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade» de 1905, dans les Annales de Dermatologie et au récent volume de Photinos sur la pseudo-pelade. Nous nous bornerons à résumer le point de départ de la question et la classification des folliculites dépilantes que Brocq a dès longtemps proposée, et qui reste entière aujourd'hui.

C'est en 1885, dans une correspondance au «Journal of Cutaneous Diseases» que Brocq attirait l'attention sur un type morbide nouveau observé au niveau du cuir chevelu, caractérisé par une alopécie en aires, avec cuir chevelu blanchâtre, lisse, ivoirin, alopécie irrémédiable, s'accompagnant d'une atrophie totale et définitive du follicule. C'était bien là l'ébauche réelle de la pseudo-pelade. Malheureusement pour son premier cas, Brocq était mal servi par la chance et au lieu de tomber sur un cas type pur, en décrivait un cas mixte, de transition, car à côté des parties alopéciques blanches et ivoirines, il existait certains cheveux entourés d'une teinte érythémateuse témoignant d'une sorte de folliculite. De là une bonne part des confusions ultérieures qui se sont poursuivies jusqu'à aujourd'hui.

En 1888, dans une communication à la Société Médicale des hôpitaux, Quinquaud créait le type de la «Folliculite épilante et destructive du cuir chevelu». Nous résumerons les points essentiels de sa description excellente en tous points. «Les plaques d'alopécie plus ou moins nombreuses sont: 1° — irrégulières et non pas exactement circulaires; 2° — elles sont presque lisses, polies ...; 3° — la peau est décolorée, blanche, comme atrophiée, et présentant en quelques points une légère rougeur; 4° — elles sont

disséminées, de la grandeur d'une pièce de un franc et entre elles on trouve des îlôts grisâtres de cuir chevelu sain avec des touffes de cheveux offrant une résistance normale à l'épilation ; 5° — on distingue.... une apparence pseudo-cicatricielle.» Telle est la description du stade d'aboutissement, mais à quelles lésions initiales succède-t-il ? Quinquaud décrit successivement : des périfolliculites purulentes, sortes d'abcès miliaires, des croûtes reposant sur fond rouge et enfin de simples rougeurs punctiformes, des saillies folliculaires rouges. Il peut donc y avoir périfolliculite suppurée ou simple rougeur péri-pilaire.

Comme le fait remarquer Brocq, dans une communication faite quelques semaines plus tard à la Société Médicale des Hôpitaux, c'était grouper sous une étiquette commune des faits probablement différents et il proposa déjà de séparer les alopécies consécutives à un processus inflammatoire folliculaire réduit au minimum : type pseudo-pelade et les alopécies consécutives à un processus inflammatoire suppuratif : type folliculites épilantes de Quinquaud. Mais déjà ce dernier confondait la forme décrite par Brocq avec celle qu'il décrivait lui même et la confusion s'accentuait.

L'année suivante Lailler et son élève Melchior Robert décrivaient sous le nom «d'Acné décalvante» des faits analogues à ceux décrits par Quinquaud : «apparition sur le cuir chevelu d'éléments acnéïques (donc suppurants), production d'une alopécie en plaques au niveau des points couverts par l'éruption, enfin progrès de l'alopécie même après la disparition des éléments éruptifs. Ici encore toutes les alopécies atrophiantes avec ou sans folliculites visibles étaient groupées sous une étiquette commune et les auteurs se demandaient d'ailleurs si «la pseudo-pelade ne pourrait pas être rattachée à la période éloignée de l'acné décalvante».

Nous bornerons-là nos références. Nous avons voulu seulement rappeler comment la question des alopécies atrophiantes a pu être mal engagée dès le début par un cas ambigu vu par Brocq, et par les travaux de Lailler et de Quinquaud qui ont décrit un type morbide net, mais ont eu le tort de vouloir l'étendre et y incorporer la pseudo-pelade.

Dans une série de travaux ultérieurs, Brocq reprenait cependant et justifiait la classification en trois groupes distincts des folliculites dépilantes agminées proposées par lui dès 1888 et que nous allons résumer maintenant.

1° — Dans un premier groupe ,Brocq classe sa pseudo-pelade, dont l'étude avait été poursuivie par lui et avait abouti au Mémoire de 1905. Son caractère majeur est que le processus inflammatoire folliculaire et péri-folliculaire y est réduit au minimum et ne se caractérise que par une légère teinte rosée du cuir chevelu autour du poil atteint. Dans la plupart des cas cet érythème fait même défaut. Le poil atteint vient facilèment à la traction avec une gaine translucide ; sa papille s'atrophie complètement et le cuir chevelu atteint prend un aspect éburné, atrophié. Capricieuse d'évolution, l'affection débute souvent par de petites plaques multiples qui fusionnent pour former des plaques plus grandes à contours déchiquetés. Souvent des cheveux isolés persistent en pleine zone cicatricielle. Sur la bordure des régions atteintes, sans transition, les cheveux normaux reparaissent. Aucun microbe, aucun parasite n'a jamais pu être isolé.

2° — Le sycosis lupoïde, décrit par Brocq dès 1888, dont le siège de prédilection est la barbe, surtout les parties latérales des joues, représenté par de grosses pustules péri-folliculaires qui s'agminent, reposent sur un derme rouge, épaissi, infiltré ; suivant une marche lente, mais constante et centrifuge, il aboutit à des cicatrices dermiques totales, alopéciques.

3° — Dans son troisième groupe, Brocq range le type Lailler-Quinquaud, acné décalvante, folliculite épilante qui lui paraît beaucoup moins net que les deux précédents et réclame de nouvelles recherches, et dont il se demande s'il ne faut pas considérer comme une infection accidentelle surajoutée à la pseudo-pelade.

Mais nous touchons-là au vif de notre sujet et c'est cette question des rapports du type pseudo-pelade et du type Lailler-Quinquaud que nous nous proposons de discuter ici après avoir exposé nos documents.

CHAPITRE II.

LA PSEUDO - PELADE DE BROCQ.

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire de la pseudo-pelade, pas plus d'ailleurs que sur celle de l'acné décalvante de Lailler et de la folliculite épilante et destructive des régions velues de Quinquaud. Dans notre introduction, nous avons indiqué comment se posait la question en nous reportant aux textes originaux de Brocq, de Lailler, de Quinquaud. Il nous paraît également d'un intérêt médiocre de mentionner toutes les observations qui ont été publiées à ce sujet. Ceux que cet historique et que la bibliographie de la question intéresseraient voudront bien se reporter à la bibliographie très complète qui accompagne le récent ouvrage de Photinos sur la pseudo-pelade.

Le but que nous nous sommes assigné est plus précis : c'est de comparer ces types morbides, de voir s'ils doivent être confondus et ne constituent que des aspects différents d'une seule et même affection ou s'il s'agit, au contraire, de types morbides distincts. Pour cela nous devons étudier à nouveau minutieusement l'aspect clinique et les lésions histologiques de chacun d'entre eux.

Symptomatologie.

L'entité morbide que Brocq en 1885 a décrite sous le nom de «Pseudo-pelade» est une maladie caractérisée par l'apparition insidieuse et non douloureuse d'un nombre variable de petites plaques alopéciques au niveau du cuir chevelu.

Ayant tendance à se fusionner, ces points alopéciques vont, par leur réunion, former des placards glabres à bords serpigineux.

Evoluant sans qu'il survienne jamais la moindre suppuration, la moindre folliculite visible, sans altération du cheveu, cette alopécie est due à un phénomène chronique de péri-folliculite sèche amenant la chute du poil et qui, causant après celle-ci une sclérose folliculaire cicatricielle, amène l'alopécie définitive.

Maladie de l'âge adulte, s'observant surtout de 20 à 45 ans, la pseudo-pelade peut atteindre les enfants et les vieillards. Elle est deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme et ne respecte aucune profession. Affection essentiellement du cuir chevelu, Brocq s'était demandé si dans certains cas elle ne pourrait pas se manifester au niveau de la barbe ou des sourcils. Mais il est très vraisemblable que dans ces régions, les lésions cicatricielles sont plutôt consécutives à des follicules du type sycosis lupoïde.

Le début de la pseudo-pelade passe en général inaperçu. Aucune douleur, aucun prurit n'en signalent l'apparition. C'est en général le coiffeur, un ami, qui signalent au patient un point glabre ; parfois aussi c'est celui-ci qui remarque son affection au cours de soins de toilette donnés devant une glace.

Les points d'attaque, en général multiples, sont constitués par de petites taches alopéciques dont la dimension est fort variable, depuis la grosseur d'une petite tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Ces petits points vont grandir insensiblement, d'une façon excentrique, pour former de petites plaques glabres, arrondies ou ovalaires. Ces points d'attaque apparaissent avec prédilection sur le vertex. Très fréquents dans la région occipitale, se voyant plus rarement au niveau des pariétaux, ils laissent en général indemne la bordure du cuir chevelu.

L'affection constituée est caractérisée par des plaques alopéciques de nombre et de dimensions variables, parsemant le cuir chevelu. L'aspect de celui-ci varie suivant les dimensions des plaques. Dans certains cas on ne voit que de petites zones alopéciques (pseudo-pelade à petites plaques multiples), dans d'autres cas, au contraire, de très grands placards gros comme une pièce de 5 francs qui, en se réunissant peuvent même donner des zones glabres de

l'étendue d'une paume de main (pseudo-pelade à grandes plaques). Enfin, l'on a souvent l'occasion de voir un grand placard alopécique entouré de toute une multitude de petites plaques satellites (pseudo-pelade mixte). Entre ces différents aspects, nous avons

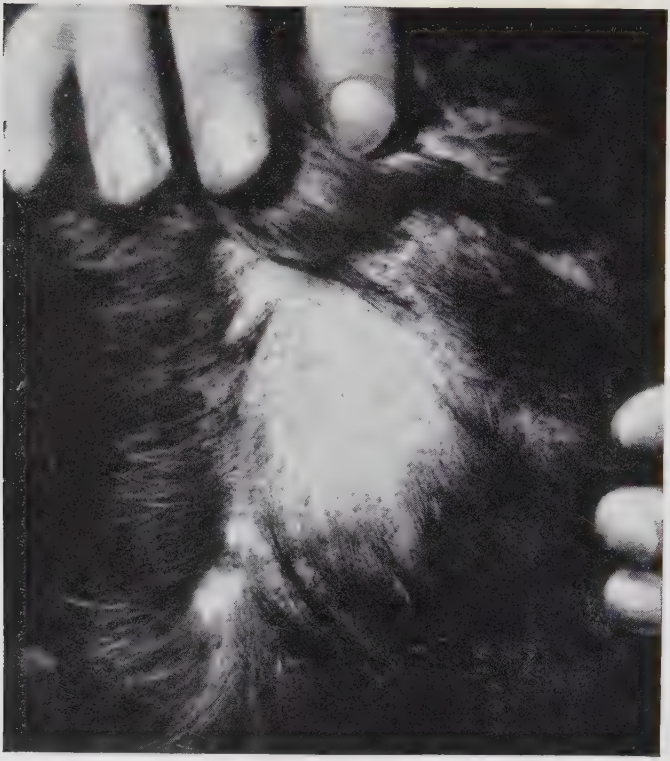


Fig. 1. Pseudo-pelade de Brocq typique avec cuir chevelu cicatriciel, ivoirin, encoches sur les bords, et cheveux normaux succédant brusquement à la plaque cicatricielle.

toutes les transitions possibles. L'aspect du cuir chevelu varie du reste à chaque poussée de la maladie.

Ces plaques alopéciques formées par la réunion des petits points d'attaque du début sont loin d'avoir un bord régulier ; celui-

ci est polycyclique serpigineux, creusé de golfes. Il envoie des prolongements en forme de presqu'îles sur la surface glabre de la plaque qui parfois, en son centre, possède un ou plusieurs petits îlôts chevelus, zones saines capricieusement respectées par le processus épilant.

La couleur du cuir chevelu au niveau de ces plaques alopéciques est d'un blanc mat ivoirin, surtout pour les petites plaques, les grandes présentant dans certains cas de petites zones érythémateuses. Il est à remarquer que ces plaques rougissent et se congestionnent avec la plus grande facilité : un léger frottement, la moindre irritation suffisent parfois à produire cet effet.

La peau à leur niveau se laisse facilement plisser, elle est lisse, amincie, en «pelure d'oignon». A la palpation — et ceci surtout s'il s'agit d'une grande plaque —, la pulpe du doigt a l'impression très nette d'une dépression en godet, d'un amincissemnet du cuir chevelu atrophié en cet endroit. Cet amincissement de toute la peau, cette atrophie pseudo-cicatricielle représente un des caractères essentiels de la dermatose. Elle s'explique tout naturellement par la disparition des poils et des follicules pileux. La sensibilité à la piqûre est souvent diminuée au niveau de ces plaques mais ce caractère n'est pas constant.

On observe dans certains cas, surtout à la périphérie des plaques, des cônes épidermiques s'enfonçant dans le derme au niveau de l'ostium folliculaire privé de son poil. Ces cônes épidermiques peuvent faire saillie à la surface du cuir chevelu. Ils sont dus à l'hyperkératose de l'infundibulum pilaire privé de son poil et on peut les extraire comme un simple comédon.

Les plaques alopéciques sont entourées de cheveux adultes d'aspect normal et ceci sans transition ; on passe de l'alopécie cicatricielle presque absolue à un cuir chevelu sain et très fourni. Nous savons déjà que l'on peut voir au milieu de ces plaques des traînées irrégulières de cuir chevelu sain, des petits îlôts de cheveux intacts ; on n'y rencontre jamais de cheveux difformes, cassés, ou de couleur altérée, jamais non plus on n'y remarque le moindre duvet.

Pendant les périodes d'activité de la maladie, alors que la plaque est en voie d'extension, on voit les cheveux de la périphérie tomber spontanément ou sous l'influence de la moindre traction. Si avec la pince à épiler on tire sur un de ces cheveux atteints, il vient avec la plus grande facilité, sa racine présentant une gaine pulpeuse, succulente, translucide, analogue à celle des cheveux teigneux.

Il est assez fréquent, quand on peut observer une pseudo-pelade jeune ou en voie d'activité, de constater qu'un certain nombre de cheveux, surtout en bordure des plaques, dans ce qui paraît représenter la zone d'extension, sont entourés d'un minuscule liséré érythémateux d'un rouge plus ou moins vif, qui encercle le poil à son orifice d'émergence.

Dans la première observation donnée par Brocq au «Journal of Cutaneous diseases», cet aspect existait et l'avait fortement troublé, nous l'avons vu. Mieux eut valu pour lui, sans doute, observer, pour la première fois l'affection au stade où toutes les taches alopéciques ont pris l'aspect cicatriciel ivoirin. Cette constatation lui resta dans l'esprit et l'amena à se demander si sa pseudo-pelade n'était pas une simple forme des acnés décalvantes ou, sous une autre forme, si l'acné décalvante n'était pas une pseudo-pelade compliquée de folliculites. Et ce doute s'est perpétué dans les travaux ou les opinions de la plupart des auteurs qui se sont occupés ultérieurement de la question.

La constatation de cet anneau carminé entourant certains poils est cependant de la plus haute importance. Elle nous amène en effet à concevoir que le stade ivoirin cicatriciel, définitif, est précédé de phénomènes inflammatoires traduisant une péri-folliculite, mais une péri-folliculite d'un type très particulier puisqu'elle reste sèche et n'aboutit pas à la folliculite suppurée.

Evolution.

Comment vont évoluer ces lésions de pseudo-pelade? Ceci est très variable, mais dans la majorité des cas elles ne se dévelop-

peront qu'avec une extrême lenteur et il faudra des mois et des années pour produire ces grands placards glabres que nous avons signalés plus haut. Il est relativement rare que ces lésions progressent d'une façon régulière ; en général la maladie évolue par poussées, progressant plus ou moins rapidement pendant quelques mois, puis subitement, soit sous l'influence d'un traitement, soit spontanément, l'extension du processus s'arrête pendant dès mois, des années, pour reprendre de nouveau avec une nouvelle intensité. On peut ainsi, dans certains cas, suivre la marche de la maladie pendant plus de 20 ans. C'est une affection essentiellement chronique, qui forme à la longue de vastes placards alopéciques, sans jamais amener toutefois la calvitie complète.

Quel pronostic poser en face d'un cas de pseudo-pelade ? Il est bien évident que malgré tout traitement aucun cheveu ne repoussera au niveau des plaques alopéciques, mais le traitement peut en général arrêter ou diminuer de beaucoup l'évolution ; nous disons **en général,** car dans certains cas malheureux, le traitement le plus actif n'a pu enrayer la marche de l'affection.

Pseudo-pelade, spinulosisme et lichen plan.

A propos de la constitution du type de la pseudo-pelade, il convient de citer ici les travaux d'un certain nombre de dermatologistes, en particulier de l'école anglaise, tendant à identifier la pseudo-pelade, le lichen spinulosus et le lichen plan.

Sous le nom de «Syndrôme de *Lassueur* et de *Graham Little*» (les deux auteurs qui en ont pour la première fois publié un cas à la séance du 15 avril 1915 de la Royal Society of medecine, Section of Dermatology), ils décrivent la coexistence chez le même sujet :

a) d'une alopécie décalvante cicatricielle du cuir chevelu (type pseudo-pelade) ;

b) d'une alopécie axillaire et pubienne non cicatricielle ;

c) de lésions cutanées caractéristiques du lichen spinulosus en général très prononcées, siégeant essentiellement dans les

creux axillaires, autour des épaules, sur la poitrine, parfois même au niveau des membres inférieurs.

Pour ces auteurs, cette triade constitue une entité clinique, il y a un même processus atrophiant amenant l'alopécie ; ils pensent donc que la pseudo-pelade n'est qu'une forme de spinulosisme. Or, le «lichen spinulosus» des anglais n'est pas autre chose que «l'acné cornée» de Leloir et Widal due à une réaction hyperkératosique exubérante du collet du follicule à un point tel, que les masses cornées qui, en entourant le poil, l'étouffent, sortent de l'orifice folliculaire et forment au dehors une petite saillie ; mais si de pareilles lésions d'acné cornée se rencontrent dans des cas de pseudo-pelade, ce n'est pas une raison pour identifier les deux affections. Ces lésions d'acné cornée se rencontrent aussi dans le lichen scrofulosorum, les syphilides péripilaires, le pityriasis rubra pilaire, les trichophytides lichénoïdes. Ce n'est peut-être tout simplement qu'une lésion banale. D'autre part si l'on fait quelques applications de Rayons X sur les lésions mixtes de pseudo-pelade et d'acné cornée les lésions spinulosiques guérissent rapidement alors que la pseudo-pelade continue à évoluer.

Ce qui nous semble encore plus sujet à caution, c'est de vouloir identifier pseudo-pelade et lichen plan.

L'image histologique du lichen plan est assez caractéristique pour ne pas la confondre avec celle d'une pseudo-pelade ou d'une acné cornée.

Nous ne pouvons pas nous rallier aux conclusions des auteurs anglais ; pour nous : pseudo-pelade, acné cornée, lichen plan, sont trois entités morbides bien distinctes. Ces trois affections peuvent coexister chez le même individu, de même que d'autres dermatoses peuvent coexister indépendantes les unes des autres chez un même sujet (1).

---

(1) Nous ne faisons qu'effleurer cette partie du sujet qui a été traitée largement dans un travail sur le pseudo-pelade, à la clinique des maladies cutanées de Strasbourg par Van der Meiren, et qui va paraître incessamment dans les Annales de Dermatologie.

Histologie pathologique.

L'histologie pathologique de la pseudo-pelade va nous montrer, suivant l'époque de la lésion, deux processus bien distincts.

1° — Un processus de destruction qui va causer la chute du poil, la disparition du follicule pileux et de la glande sébacée.

2° — Un processus de cicatrisation qui va remplacer le follicule pileux par un tissu scléreux.

Le début du processus de destruction est marqué par l'engorgement des capillaires du derme superficiel interpilaire, des capillaires péri-pilaires et par la transformation complète du tissu conjonctif qui avoisine ces espaces capillaires. Il va se produire en effet, autour de ces vaisseaux, de l'œdème accompagné d'un infiltrat qui, composé pour la majeure partie de lymphocytes, contient également des mastocytes, des plasmocytes et des éosinophiles.

Devant cet infiltrat qui va dissocier le tissu collagène périvasculaire, le tissu élastique va disparaître. On remarque également à ce stade la dilatation d'un grand nombre d'espaces lymphatiques.

La disposition de ces infiltrats explique très aisément la chute du cheveu. A mesure qu'il s'épaissit, l'infitrat va progresser le long du sac folliculaire et, s'il ne descend pas en masse jusqu'à la papille, n'y envoyant que quelques traînées, celle-ci n'en est pas moins très vite atrophiée. Le follicule, libéré dès lors de son point d'attache hypodermique, renfermant dès ce stade un cheveu à bulbe plein, va remonter, abandonner l'hypoderme et devenir tout entier intradermique.

Les éléments de l'infiltrat qui l'entoure alors de toutes parts vont dissocier les enveloppes épithéliales extérieures, les détacher des assises conjonctives sur lesquelles elles s'appuyent. Dès que cette dissection séparant le follicule pileux de ses adhérences normales est parachevée sur toute la hauteur, le poil n'a plus d'adhérence, il pourra très facilement être arraché et il entraînera, sous forme de manchon blanc, son enveloppe épithéliale.

Dès que la chute du poil s'est produite, le processus de cicatrisation commence. Tout ce qui fut le poil est remplacé par un tissu scléreux dont les fibres se dirigent vers l'épithélium, conservant la direction du follicule pilo-sébacé. Ces bandes scléreuses, véritable «image fossile» du poil, enjambent même les muscles érecteurs, derniers vestiges du follicule détruit.

La topographie des vestiges du squelette élastique a une grosse importance, car elle permet de reconnaître où étaient implantés les cheveux avant la déglabration totale. Après coloration à l'orcéine, on constate l'existence de nombreuses colonnes scléreuses limitées par deux traînées parallèles de tissu élastique se dirigeant perpendiculairement vers l'épiderme. Sur les côtés de cette sorte de cheminée, vestige du poil, s'insère un muscle érecteur, très atrophié. Cette image se reproduit pour chaque poil disparu.

Dans certains cas, où la poussée n'est pas aussi violente, l'infiltrat se résorbe avant que la racine du poil n'ait quitté l'hypoderme. Ce poil va tomber, mais il sera remplacé, le follicule ayant gardé sa fécondité. Il faudra une rechute plus forte pour provoquer l'alopécie définitive.

Quelles sont les lésions de l'épithélium? On en voit de tous les degrés. Dans certains cas, on ne remarque que de banales lésions cellulaires (étirement des filaments d'union, petits vides protoplasmiques), mais en général on observe une atrophie considérable de l'épithélium. Sans prolongements interpapillaires, privé du stratum granulosum, il est réduit à deux ou trois couches de cellules plates ne formant aucune couche distincte.

Parfois l'épiderme du collet réagit sous forme d'hyperkératose. Celle-ci va s'accompagner d'une énorme dilatation de l'infundibulum. Cette dilatation remplie de lamelles cornées, va persister après la chute du cheveu.

Les glandes sébacées ont disparu avec le poil, les glandes sudoripares résistent davantage, mais elles sont aplaties, les anses sont séparées par des bandes de sclérose qui, parfois, ferment par constriction leurs canaux excréteurs.

Dans le travail de Photinos, consacré à la pseudo-pelade, nous avons trouvé une description anatomo-pathologique illustrée de très belles microphotographies. Civatte, dont le nom fait autorité en matière d'histologie cutanée et à qui est due cette description, a pu voir çà et là, sous l'épiderme de surface, une lésion particulière ; voici ce qu'il en dit :

« C'est une minuscule cavité creusée sous le corps muqueux décollé du corps papillaire et où nagent quelques cellules, dont une ou deux volumineuses et pigmentées. Au-dessous parfois s'installe un semblant d'infiltrat lymphocytaire. Au voisinage, dans le corps papillaire, il n'est pas rare de trouver quelques blocs hyalins irréguliers.

« C'est là, avec toutes ses particularités, la lésion que j'ai décrite dans la poïkilodermie réticulée pigmentaire. Il est probable qu'ici aussi elle est la première en date et qu'elle frappe à la fois l'épiderme de surface et celui du follicule pileux, mais celui-ci, plus sensible, sera détruit alors que le premier sera à peine érodé et des infiltrats serrés, témoins de cette grave attaque du follicule, y marqueront le plus souvent la lésion initiale.

« Si l'on admet cette interprêtation, la pseudo-pelade est rejetée loin des folliculites cicatricielles et des acnés décalvantes où les infections du follicule semblent jouer le premier rôle et vient s'incorporer à un nouveau groupe de dermatoses auxquelles on tend aujourd'hui à attribuer une origine toxique et un mécanisme endocrinien ».

C'est là un trait nouveau du tableau histologique de la pseudo-pelade d'autant plus intéressant qu'il a suscité de la part de l'auteur une conception pathogénique nouvelle.

Pathogénie.

Sabouraud, en 1892, cultiva pour la première fois des cheveux de pseudo-pelade sur divers milieux. Il n'obtint que des cultures de microbes banaux, en particulier du staphylocoque blanc. Veillon, Brocq, Dreuw, Heiss, Danlos et de nombreux autres au-

teurs tant français qu'étrangers pratiquèrent des examens directs de poils, des cultures et des inoculations, mais n'obtinrent pas plus de résultats ; jamais les recherches de laboratoire n'ont pu mettre en évidence ni mycelium ni spores ni micro-organismes autres que des microbes banaux. La réaction de Bordet-Wassermann demeure négative et le métabolisme basal reste normal. Voici ce qu'écrit Ayrignac, le collaborateur de Brocq, au sujet des échanges nutritifs de 4 malades atteints de pseudo-pelade dont les observations ont été publiées dans le mémoire paru en 1905 :

« Nous avons étudié les échanges nutritifs dans 4 cas de pseudo-pelade.

Nous avons constaté de façon uniforme une réduction très marquée de l'élaboration azotée. Ce résultat est d'autant plus net que l'excitation à la destruction, c'est-à-dire l'excitation catalytique, était augmentée chez ces malades.

La qualité de l'histolyse indiquée par le coefficient d'utilisation azotée était amoindrie trois fois sur quatre.

La déminéralisation de l'organisme est, par contre, très intense. Il est même intéressant de remarquer que la destruction des albuminoïdes porte sur les composés phosphorés tels que les nucléo-albumines et surtout sur les éléments protéïques les plus riches en soufre, tels que les kératines du derme. L'un de nos malades présentait un coefficient du soufre total à l'azote total double du rapport normal.

Dans trois cas, l'oxydation des déchets sulfurés se trouve réduite parallèlement à celle des substances azotées.

Dans deux cas, la molécule élaborée moyenne de Bouchard dépasse sa valeur normale.

Les fermentations intestinales évaluées par le rapport des sulfo conjugués au soufre total n'étaient exagérées dans aucun cas.

Enfin, dans tous ces cas, la dépuration urinaire était insuffisante ».

Photinos qui a, nous le savons, beaucoup étudié la pseudo-pelade, suivant les conseils de son maître Sabouraud ensemença

de petits morceaux de la partie engainée du cheveu sur différents milieux.

A côté de microbes banaux, il a remarqué l'abondance de deux parasites : des staphylocoques blancs et une levure blanche, se présentant sous la forme de petites colonies d'un blanc laiteux presque semblables à celles du staphylocoque. Ces colonies sont formées par l'amas de petits globules arrondis ou ovalaires ayant de 2 à 5 μ et se reproduisant par bourgeonnement. Pour Joyeux, ce serait une variété de cryptococcus.

Il est à remarquer que l'on n'obtient qu'exceptionnellement des cultures de staphylocoque doré.

En enduisant de cette levure une petite région de la peau d'un cobaye dont les poils ont été raccourcis au ciseau et où l'on a pratiqué de petites scarifications, on voit au bout de 6 à 7 jours la surface se dénuder et une grande plaque alopécique entourée de plus petites apparaître vers le 10ème jour.

Les cobayes témoins, auxquels on fait subir le même traitement, mais sans aplication de la levure, après avoir perdu quelques poils par le fait du traumatisme, ne présentent pas, le 10ème jour, de plaque alopécique ; leurs poils ont repoussé sur les surfaces tondues.

En cultivant les poils caducs des cobayes, Photinos a obtenu la levure laiteuse et même en examinant directement un de ces poils malades, il a pu mettre en évidence, à l'intérieur du poil, quelques corps sporuleux.

Ces recherches de Photinos tendraient à remettre en honneur la théorie parasitaire qui, jusqu'ici, n'avait guère rencontré d'adhérents ; mais est-il besoin de dire qu'elles doivent être contrôlées et renouvelées avant que l'on puisse les accepter.

Brocq, en 1905, se basant sur la dispersion des lésions, leur marche serpigineuse, penchait en faveur de la théorie microbienne. Sabouraud était du même avis, mais il ne trouva aucun microorganisme spécifique. Pour Crocker ce serait des schizomycètes qui causeraient cette affection.

Il faut toujours, en face d'une affection dermatologique, se

demander si l'on n'est pas en présence de la manifestation cutanée d'une maladie générale telle que tuberculose ou syphilis. Or, il est tout-à-fait exceptionnel de rencontrer la vérole en même temps que la pseudo-pelade et aucun des malades étudiés n'était tuberculeux.

Milian a publié 4 cas de pseudo-pelade qui étaient associés à la lèpre, mais on ne peut tirer de ceci aucune conclusion.

En 1913, Dreuw, sous le nom «d'alopecia parvimaculata» décrivit des cas d'alopécie cicatricielle du cuir chevelu. Il en a observé une épidémie de 200 cas chez des écoliers de Berlin. Si l'identité entre l'alopécia parvimaculata et la pseudo-pelade de Brocq était prouvée, quel argument en faveur d'une maladie parasitaire infectieuse! Mais malheureusement Dreuw n'est pas catégorique et il écrit: «Je n'ose pas encore décider si ces formes sont identiques avec la pseudo-pelade de Brocq». Or, nulle part, hors le mémoire de Dreuw, on n'a assisté à une épidémie semblable; le mot d'épidémie n'est pas trop fort en effet pour 200 cas d'une affection du cuir chevelu observée en milieu scolaire. Tout ce que nous savons de la pseudo-pelade, nous la montre au contraire rare chez l'enfant, se manifestant à peu près uniquement chez l'adulte, n'offrant aucun caractère de contagiosité et apparaissant toujours sous forme de cas isolés. Il ne semble donc pas que l'hypothèse de Dreuw puisse être retenue.

Cependant en 1914 Menahem Hodara publie trois cas qui peuvent faire penser à la contagiosité de la preudo-pelade. En effet les trois membres d'une famille, la mère et ses deux filles étaient atteintes de pseudo-pelade. La mère présentait des lésions anciennes et étendues, la fille aînée qui avait quitté depuis 14 mois un asile présentait depuis un an de petites plaques alopéciques et la pseudo-pelade atteignait à son tour, six mois après, la fille cadette âgée de 14 ans. Mais ici encore, il s'agit d'un fait resté isolé et l'on ne peut s'empêcher de se demander s'il s'agissait vraiment de pseudo-pelade et si les deux fillettes ne présentaient pas des alopécies cicatricielles de toute autre nature?

Tummers et Rosenberg publiaient le 14 avril 1920 une obser-

vation fort intéressante. Dans une même famille, le père et les 4 fils étaient atteints de pseudo-pelade ; le grand-père et l'arrière grand-père avaient eux-même été atteints par la maladie.

Le Professeur Photinos d'Athènes cite un frère et une sœur pseudo-peladiques tous les deux, leur père ayant été vraisemblablement atteint lui aussi.

Ces trois observations sont assez troublantes. Contagion ? Hérédité ? Influence extérieure ? Le doute subsiste.

Quelles conclusions tirer de tous ces faits au point de vue de l'étiologie de la pseudo-pelade Cette maladie est-elle d'origine trophoneurotique, toxinique, microbienne ? Nous connaissons l'opinion de Civatte basée sur l'histologie. La pseudo-pelade aurait peut-être pour lui une origine toxique et un mécanisme endocrinien

Conclusions.

Concluons en déclarant honnêtement que l'étiologie de la pseudo-pelade est toujours entourée d'obscurité et que nous ne sommes encore autorisés à nous rattacher à aucune étiologie précise, les différentes théories proposées n'ayant encore fourni ni les unes ni les autres, de preuves convaincantes.

Bornons-nous à retenir, ce qui est du reste la seule constatation intéressante pour notre travail, qu'elle se présente cliniquement et histologiquement avec tous les caractères d'une péri-folliculite sèche, n'aboutissant pas à la suppuration, c'est-à-dire à la folliculite vraie. Parmi les affections folliculaires dépilantes du cuir chevelu, elle doit donc garder une place à part et se différencie nettement des autres types que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE III.

LES FOLLICULITES DÉCALVANTES DU CUIR CHEVELU.

Nous venons, avec la pseudo-pelade, d'étudier le premier type des folliculites dépilantes du cuir chevelu et nous pensons que l'on doit considérer comme établi, que l'affection décrite par Brocq, et à laquelle son nom doit rester attaché, représente le type de la périfolliculite sèche, ne suppurant pas.

Nous allons étudier maintenant, et ce sera l'objet plus particulier de notre thèse, les folliculites cicatricielles dépilantes. Nous pensons avoir suffisamment indiqué dans notre introduction la confusion qui paraît avoir régné au début de l'étude de ces folliculites, à la période des premiers travaux de Brocq, Lailler, Quinquaud et Melchior Robert. Nous ne reviendrons plus sur la pseudo-pelade, péri-folliculite sèche ; elle constitue un groupe à part, nous la laisserons momentanément de côté, n'y revenant que lorsque nous essayerons de tracer un tableau d'ensemble des folliculites dépilantes, à la fin de ce travail.

Mais en ce qui concerne les folliculites vraies, chroniques, dépilantes du cuir chevelu, nous voulons dire les formes de périfolliculites suppurées, aboutissant à la destruction du poil et à la cicatrice, nous aurons encore une discrimination à faire et un essai de classement à tenter. La «folliculite épilante et destructive des régions velues de Quinquaud» et «d'acné décalvante» de Lailler et Melchior Robert doivent-elles être confondues? Constituent-elles un seul et même type décrit sous deux noms différents? Il semble que oui, si l'on s'en rapporte aux mémoires des auteurs. Mais nous allons essayer de démontrer qu'en réalité il existe deux types

différents que nous essayerons d'individualiser et de délimiter et dont l'un sortira nettement du cadre de la description de ces auteurs.

Historique. — Constitution du groupe des folliculites épilantes cicatricielles et de l'acné décalvante.

Le 10 août 1888, Quinquaud présentait à la Société médicale des Hôpitaux, un mémoire sur «une folliculite épilante et destructive des régions veluës».

La même affection était étudiée dans la thèse de son élève, Vincent Marie Niclot, thèse soutenue à Paris le 6 décembre 1888.

Lailler, depuis quelque temps déjà, étudiait sous le nom «d'acné décalvante» une affection voisine ou similaire (Leçons cliniques de l'Hôpital St.-Louis 1874).

Son élève, Paul André Melchior Robert, en faisait le sujet de sa thèse (27 juin 1889).

Au moment de leur description, les auteurs n'avaient étudié que peu de cas de cette dermatose et c'est sur de petits points de topographie et de degrés d'inflammation, qu'ils établissaient une différence entre deux cas de la même affection.

Nous passerons tout à l'heure en revue ces caractères qui voulaient faire de «l'acné décalvante» et de la «folliculite épilante» deux maladies distinctes.

Cette affection avait été, semble-t-il, déjà entrevue auparavant par quelques auteurs.

Bateman est le premier qui fasse mèntion de cas se rapportant probablement à la maladie que nous étudions. Voici ce qu'il écrit à l'article «Porrigo decalvans» de son «Traité pratique des maladies de la peau»: «Il peut exister, quoique le fait ne soit point prouvé, dans le premier stade de la maladiè, une éruption de petites pustules autour de la racine des cheveux. Ces pustules ne subsistent pas longtemps et ne donnent issue à aucun fluide.»

Bateman faisait donc entrer ces alopécies, dans le cadre de la pelade, mais il les considérait comme unè variété rare et sujette à caution.

Rayer, dans son «Traité sur les maladies de la peau», parle d'une alopécie qui pourrait être due à la maladie qui nous occupe.

Baudelocque écrit, dans la «Revue médicale française et étrangère»: «J'ai souvent vu les pustules dont parle M. Rayer, mais dans aucun cas, je n'ai constaté le favus consécutivement à leur rupture. Je crois que les pustules appartiennent à une maladie autre que la teigne faveuse.»

Baudelocque aurait donc observé des alopécies consécutives à des éléments pustuleux, alopécies qu'il distingue de l'alopécie favique.

Courrèges, élève de Lailler, dans sa thèse «Etude sur la pelade», soutenue à Paris le 12 mars 1874, mentionne, d'une façon précise la maladie que nous étudions. Au chapitre diagnostic, page 23, il écrit: «L'acné pilaris produit quelquefois sur le cuir chevelu et sur d'autres régions velues une dénudation par plaques qui pourrait être prise pour de la pelade et plus particulièrement pour de la pelade achromateuse déprimée; mais dans cette variété de l'acné, la dénudation a été précédée de groupes pustuleux; elle est consécutive, tandis qu'elle est primitive dans la pelade.»

Symptomatologie.

Si nous nous en rapportons aux descriptions faites par Quinquaud, Lailler et leurs élèves nous voyons que cette affection frappe le plus souvent des sujets jeunes, tant hommes que femmes.

La lésion élémentaire de la maladie consiste en une folliculite et péri-folliculite aiguë, en général **suppurée,** évoluant rapidement en amenant la mort de l'appareil pilo-sébacé.

Ces lésions se manifestent soit, par un petit abcès du volume d'une tête d'épingle ou même plus petit, traversé par un poil, soit, par une saillie hyperémiée souvent recouverte d'une petite croûtelle, soit enfin, par une simple rougeur siégeant à la base du poil.

La péri-folliculite n'est donc pas toujours suppurative et le nombre des points purulents est en général assez restreint. Le

poil ou le cheveu centrant cette lésion n'a qu'une très faible adhérence, il s'arrache avec la plus grande facilité à la pince, et vient engainé. Souvent il tombe spontanément ; cette chute spontanée se fait du dixième au quinzième jour.

Ces lésions élémentaires siégeant autour d'un poil, tout en ne devenant **jamais** confluentes, ont tendance à se grouper et forment ainsi de petites plaques inflammatoires qui, dès que le processus irritatif sera calmé, c'est-à-dire au bout de 10 à 20 jours, donneront des plaques alopéciques définitives, le follicule pileux et ses annexes étant à tout jamais détruits.

Il est assez rare que l'on assiste à ce stade primitif de la maladie. C'est en général la découverte d'une plaque d'alopécie déjà constituée qui pousse les malades à se faire examiner.

Quels sont donc les caractères de ces plaques alopéciques ? Les plaques d'alopécie ne sont pas régulières comme dans la pelade, au contraire, leurs bords sont serpigineux, polycycliques. Cette irrégularité est expliquée par la formation de cette plaque qui résulte de la rencontre des petits îlôts glabres dus au processus épilant.

Ces plaques en général peu nombreuses, dont le lieu d'élection semble être le vertex, sont au début disséminées et de faible étendue, de la grosseur d'une pièce de un franc par exemple. On trouve entre elles des îlôts de cheveux sains résistant normalement à l'épilation.

Ces lésions ont une grande tendance à se grouper en larges foyers. En effet, petit à petit, ces plaques vont confluer et, dans certains cas, nous nous trouverons en présence d'un énorme placard alopécique s'étendant de la région occipitale au front.

Au niveau de la plaque, la peau est décolorée, blanchâtre, parfois légèrement pigmentée ou hyperémiée, lisse et régulière au centre, dans certains cas, légèrement granuleuse à la périphérie. Parfois la peau peut être très finement chagrinée par de nombreuses élevures plus petites que des têtes d'épingle. On peut remarquer au sommet de quelques-unes d'entre elles un point déprimé, c'est le dernier vestige de l'orifice pileux. La surface de

ces plaques alopécipiques est déprimée, le derme est cicatriciel, comme éburné et ne présente aucun duvet.

A la périphérie de la plaque nous rencontrons la zone active de la dermatose ; ici, la peau légèrement hyperhémiée, dessine parfois autour de la plaque blanchâtre un léger halo érythémateux où le cuir chevelu, non encore cicatriciel, nous montre la lésion élémentaire, la folliculite, dont nous avons décrit plus haut les différents aspects : «Toutefois le nombre des points purulents est relativement restreint ; on peut les compter ; ils sont isolés les uns des autres ; ils ne deviennent pas confluents, eczématodes comme cela s'observe si souvent dans les folliculites ordinaires de la barbe ou d'autres régions ; on n'observe pas une grande abondance de croûtes, la lésion se fait proprement, sèchement, sans liquide suintant» (Quinquaud) .

Cette affection dure très longtemps ; au lieu de progresser par poussées comme la pseudo-pelade, la lésion est indéfiniment extensive, les plaques s'agrandissant insensiblement en tache d'huile.

Anatomie pathologique.

Au début, avant la chute du poil, on remarque une infiltration péri-folliculaire composée principalement de lymphocytes et de quelques mastocytes. La même infiltration se retrouve, en général beaucoup plus faible, dans le derme et la couche de Malphigi entourant le follicule et autour des glandes sébacées.

C'est dans l'enveloppe du folliculé que l'on retrouve le maximum de lésions. On remarque beaucoup de cellules migratrices entre les cellules lésées des gaines épithéliales. Ce processus d'inflammation aiguë va amener la chute du poil et nous allons passer au stadé d'atrophie dont l'image histologique est caractérisée :

1° — par une disparition totale du follicule et des glandes sébacées ;

2° — par l'atrophie du tissu cellulo-adipeux ;

3° — par la diminution de la hauteur des papilles et l'atrophie du corps muqueux de la couche d'éléidine et de la couche cornée ;

4° — par la présence dans le derme de quelques rares mastocytes.

A l'examen bactériologique, à côté de streptocoques et de staphylocoques banaux, Quinquaud avait rencontré un microphyte spécial pouvant se présenter sous la forme d'un monocoque, d'un diplocoque ou en série de 4. Ce microcoque, dont la dimension variait de 0 μ 3 à 0 μ 4, existe dans le follicule pileux et dans le sang de la région enflammée ; il pousse très bien dans l'eau de levure de bière donnant un louche très net vers le quatrième jour.

Les folliculites épilantes cictricielles et l'acné décalvante constitutuent-elles une seule et même maladie ou représentent-elles deux types différents ?

Quels étaient donc ces caractères particuliers qui auraient permis de faire de l'acné décalvante et de la folliculite épilante deux maladies différentes ? Voici ceux que Melchior Robert, élève de Lailler invoque dans sa thèse :

Folliculite épilante	*Acné décalvante*
Eléments punctiformes à la périphérie parfois au centre des plaques alopéciques.	Véritables papules ou pustules d'acné précédant l'alopécie, se montrant sur les limites des plaques, jamais au centre.
Eléments éruptifs constants.	Peut évoluer sans éléments éruptifs
Durée de la maladie limitée à 3 ou 5 ans.	Durée indéfinie.
Microphyte spécial.	Pas de microbe spécial.
Souvent série de petites plaques séparées par des îlôts de cheveux sains.	Toujours une grande plaque au niveau du vertex.

On ne peut arriver à suivre et à comprendre les éléments de diagnostic différentiel énumérés par Melchior Robert. On croit tout d'abord à la possibilité de diviser ces deux types d'après la taille et la forme de l'élément éruptif : dans la folliculite épilante,

ce seraient des éléments punctiformes, alors que dans l'acné décalvante ce seraient de vraies papulo-pustules d'acné. Mais on lit aussitôt après que l'acné décalvante peut évoluer sans éléments éruptifs et l'on ne comprend plus.

Jamais Quinquaud n'a parlé de folliculites existant au centre d'une plaque alopécique. La folliculite de Quinquaud n'est pas du tout limitée dans le temps, elle est au contraire lentement extensive et très rebelle au traitement.

Au moment de la thèse de Melchior Robert, l'histologie de l'acné décalvante n'avait pas été faite. Ce n'est donc que sur l'existence du microphyte spécial, que croyait avoir trouvé Quinquaud dans sa «folliculite épilante», sur la dimension et la topographie des plaques, sur l'absence facultative de l'élément éruptif dans l'acné décalvante, que l'on pouvait différencier les deux maladies.

Or, le nombre des plaques est toujours restreint dans la folliculite de Quinquaud ; le vertex est leur localisation la plus fréquente et elles ont une grande tendance à s'agminer en un grand placard qui progresse ensuite d'une manière excentrique en «tache d'huile». L'élément éruptif ne serait pas constant dans l'acné décalvante ! Il est fort probable que dans les cas observés, le diagnostic juste était celui de «pseudo-pelade». Au moment de la thèse de Melchior Robert, on n'avait pas en effet tracé de limites nettes entre les deux syndromes. Quant à l'argument basé sur l'existence du microphyte spécial, il ne saurait plus être invoqué aujourd'hui. La vérité est que, si l'on se reporte à la description même de Quinquaud, dans sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1888, si l'on fait abstraction du manque de précision de certaine terminologie qui tient à l'époque, on s'aperçoit, comme l'a fait remarquer Brocq, que Quinquaud décrit des faits complexes et assez disparates, sous la nouvelle dénomination qu'il propose : tantôt en effet il y a des folliculites réellement suppurées, tantôt de simples points érythémateux péri-pilaires et tantôt des faits mixtes avec association de folliculites vraies et de points érythémateux.

On peut en dire autant de Lailler et Melchior Robert qui, sous le nom «d'acné décalvante» décrivirent tous les faits d'alopécie atrophiante avec ou sans folliculite visible. Visiblement ces groupes sont trop vastes; ils englobent la pseudo-peladè de Brocq et les folliculites vraies. Visiblement aussi il est extrêmement difficile, disons même impossible, de les séparer l'un de l'autre! Sous deux termes différents, c'est le même groupe complexe de toutes lès folliculites dépilantes, et rien n'autorise à distinguer une «acné décalvante» d'une «folliculite épilante et destructive», si l'on s'en tient aux textes de Quinquaud, de Lailler et de leurs élèves.

Documents personnels.

M. le professeur L.-M. Paurtier nous a autorisé à reprendre et à utiliser pour notre travail une observation particulièrement démonstrative de folliculites épilantes cicatricielles qu'il avait déjà présentée à la Séance de novembre 1931 de la Réunion Dermatologique de Strasbourg. Nous avons pu, depuis, retrouver dans les archives du Service, des photographies du malade prises en 1921 au cours d'un premier séjour qu'il fit à la clinique. Elles sont d'un puissant intérêt puisqu'elles nous permettent de suivre de façon exacte la marche de l'affection et de mesurer les progrès qu'elle a faits au cours des onzè dernières années.

Observation I.

M. Sch... Albert, 48 ans, journalier, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection du cuir chevelu pour laquelle il est entré dans le service a débuté en 1918, il y a donc 13 ans, par des «boutons» et des croûtes sur le vertex. Soigné par différents médecins, par différentes pommades et naturellement aussi par des rayons ultra-violets, les lésions n'ont cessé de s'étendre lentement, avec des périodes d'accalmie, suivie de nouvelles poussées.

Fig. 2. Folliculites épilantes, cicatricielles du cuir chevelu. (Sch.... Albert). Etat en août 1920.

A son entrée dans le service, le 9 octobre dernier, les lésions présentent l'aspect suivant :

Etat actuel. — Les lésions occupent uniquement le cuir chevelu et s'étalent de la région frontale jusqu'au niveau de la nuque, tandis que transversalement elles occupent toute la partie supérieure de la région frontale, toute la région du vertex, la partie supérieure de la région occipitale. La largeur des lésions est donc

variable et dans leur ensemble, elles dessinent une forme ovoïde sur tout le sommet de la tête avec une sorte de pédicule étroit au fur et à mesure qu'elles s'infléchissent vers la nuque.

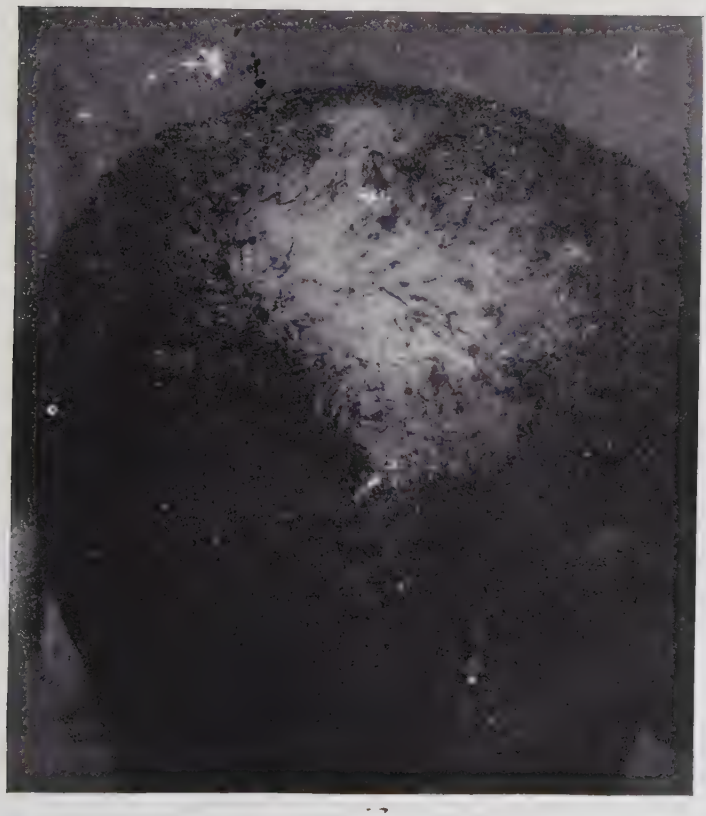


Fig. 3. Folliculites épilantes, cicatricielles du cuir chevelu (Sch.... Albert). Etat en août 1920. Nombreuses folliculites visibles particulièrement abondantes sur les bords.

Dans sa partie la plus large, d'une région pariétale à l'autre, la zone dépilée mesure 14 cèntimètres de large et s'amincit pro-

gressivement au niveau de la région occipitale jusqu'à ne plus mesurer que 2 centimètres de large.

Dans tout cet immense placard, on distingue deux sortes de lésions nettement différentes : toute la partie médiane, celle qui correspond au sommet de la tête est nettement cicatricielle, alors qu'au contraire toute la périphérie présente des lésions en activité sous forme de rougeurs diffuses parsemées de folliculites plus ou moins abondantes.

1° — Région centrale. — La cicatrice est ici franche et nette ; le cuir chevelu présente une teinte soit blanchâtre, soit légèrement rosée ; il est lisse, légèrement brillant, adhérant au plan osseux sous-jacent, ne se laissant plisser qu'avec grande difficulté et prenant alors un aspect finement plicaturé en pelure d'oignon. Au travers du cuir chevelu aminci se dessinent un certain nombre de veines nettement apparentes. Par-ci, par-là il reste un certain nombre de cheveux, le plus souvent isolés, parfois groupés au nombre de 2 ou 3 ; quelques-uns paraissent cassés à 4 ou 5 millimètres au-dessus de leur niveau d'émergence, d'autres atteignent 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 ; ils sont lanugineux et frisottants ; les plus petits sont au contraire assez gros et assez durs et ont conservé leur coloration normale. Cette région alopécique centrale avec atrophie du cuir chevelu et la persistance des rares cheveux que nous venons de décrire donnerait volontiers l'impression d'un favus cicatriciel.

2° — Zone périphérique. — Cette zone, que nous avons qualifiée de bordure, présente en réalité une étendue variable ; dans la région frontale antérieure, elle mesure 6 centimètres de large ; sur les bords, vers les régions pariéto-occipitales, elle ne s'étend que sur 1 à 2 centimètres de large ; enfin, au niveau du pédicule qui descend comme un cône renversé, au niveau de la région occipitale jusque vers la nuque, c'est toute l'étendue du pédicule qui est occupée par des lésions actives. Ces lésions en activité sont constituées par deux sortes de lésions élémentaires : tout d'abord une rougeur inflammatoire assez vive qui tantôt forme une sorte de liséré uniforme dans la partie étroite sur les bords pariéto-

occipitaux, qui tantôt au contraire, comme dans la région frontale où la zone d'activité est plus large, est distribuée en îlôts irrégu-

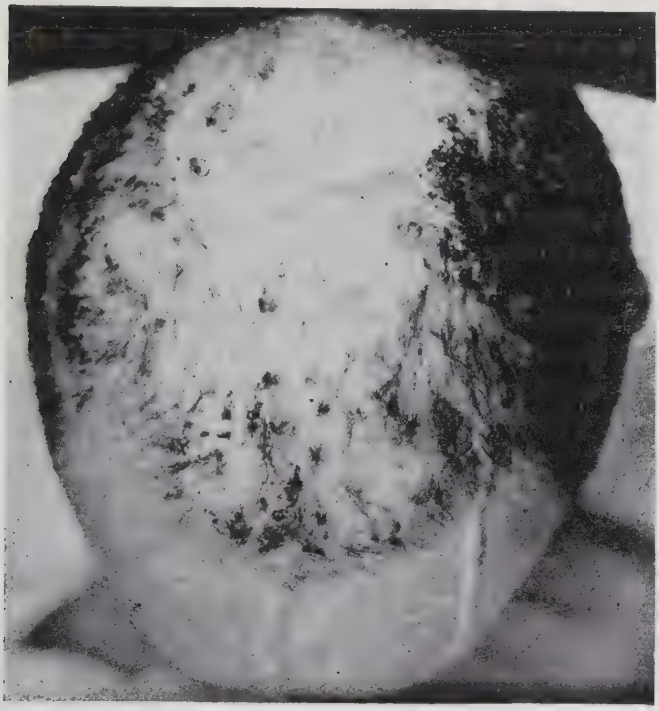


Fig. 4. Folliculites cicatricielles épilantes du cuir chevelu. (Sch.... Albert). Etat en novembre 1931. On se rend compte en comparant avec la figure 2, de la marche lentement, mais inexorablement extensive de l'affection, qui à l'heure actuelle a dépilé tout le vertex. Remarquer la vaste cicatrice centrale, faviforme ; à la périphérie bordure érythémateuse parsemée de folliculites péri-pilaires en activité.

liers et qui tantôt enfin, au niveau de la région du pédicule de la région occipitale, forme une nappe uniforme.

Sur ce fond de rougeur inflammatoire sont parsemées de nombreuses folliculites assez volumineuses, allant de la dimension

d'une grosse tête d'épingle blanche à celle d'une petite lentille, folliculites à toit bombé, remplies d'un pus crémeux, épais, et toujours centrées par un poil. Quelquefois, sur cèrtains points, surtout au niveau de la région occipitale, ce n'est plus un seul poil qui sort de la folliculite, mais un petit bouquet de 2 ou 3 cheveux, dont les follicules paraissent avoir été rapprochés par le processus inflammatoire et qui rappellent ainsi, sur cè point du moins, une des lésions du début de l'acné chéloïdienne de la nuque. Sur certain nombre de points, les folliculites se sont ouvertes, soit spontanément, soit par traumatisme et ont donné naissance à des croûtelles de petite dimension engainant, à la base, les cheveux qui s'en détachent.

Si après cette description d'ensemble nous reprenons point par point l'aspect des différentes zones en activité, nous voyons que la région frontale est caractérisée par la présence d'îlôts nettement cicatriciels, avec cheveux lanugineux et frisottants, analogues à l'aspect présenté par le vertex, et d'îlôts érythémateux parsemés de pustules et de croûtelles ; à ce niveau le palper donne une légère sensation d'infiltration. Parsemant ces lésions encore en activité, des cheveux rares, presque tous courts et cassés. Il persiste juste en bordure du front une légère bandelette de quelques millimètres de large qui est respectée et présente des cheveux normaux. Les bords de la grande plaque, au niveau des régions pariéto-occipitales, présentent au contraire un érythème en bande d'environ 1 à 2 cèntimètres de large, nous l'avons dit, avec une teinte d'un érythème inflammatoire aigu en nappe. A ce niveau, les folliculites sont beaucoup plus abondantes, confluentes par places. Sur certains points, on note même quelques petits points d'attaque isolés qui essaiment déjà vers le sommet des régions pariétales, restées saines.

Quand on arrive au pédicule en forme de V descendant à la nuque et qui mesure 4 centimètres 1/2 dans la partie ouverte de ses branches et se termine par sa pointe au niveau de la nuque ne mesurant plus que 1/2 centimètre de large, on note que l'érythème forme une nappe diffuse de coloration vivè avec état infiltré et

même légèrement œdémateux du cuir chevelu, l'extrémité du doigt y laissant légèrement son empreinte. Sur ce fond érythémateux, d'assez nombreuses folliculites. C'est à ce niveau, nous l'avons dit, qu'il y a de petits bouquets de cheveux et déjà, sur de

Fig. 5. (Sch.... Albert). Etat en novembre 1931. Par comparaison avec la photographie de la figure 3 on peut constater que le processus folliculaire cicatriciel est descendu presque jusqu'à la nuque et s'est étalé latéralement par les deux bords.
Folliculites cicatricielles épilantes du cuir chevelu.

nombreux points, on note une alopécie totale; il n'existe plus à leur niveau ni folliculites ni cheveux et cependant le processus cicatriciel n'est pas encore suffisamment avancé pour que le cuir chevelu ait pâli et se soit aminci, le processus inflammatoire dominant encore.

La pointe en V de cette lésion s'arrête au niveau de la nuque, à la limite des cheveux et, en ce point, le cuir chevelu présente un aspect érythémateux et croûteux sans folliculites.

Au total, depuis 13 ans, soit entre 35 et 48 ans, notre malade a vu son cuir chevelu présenter incessamment des folliculites nettement péri-pilaires qui, après avoir occupé le vertex se sont insensiblement, mais constamment agrandies par la périphérie, dépilant définitivement les régions les plus anciennement atteintes, ne respectant de-ci, de-là, que quelques follicules pileux donnant naissance à quelques cheveux lanugineux et frisottants. La zone cicatricielle, déglabrée, occupe tout le sommet de la tête et descend vers la nuque. La zone périphérique en activité, montre, sur un fond érythémateux et sur un cuir chevelu légèrement infiltré, un semis irrégulier de folliculites de la grosseur d'un lentille, très légèrement bombées, remplies par une goutelette de pus franc.

La culture nous a toujours donné régulièrement du staphylocoque doré.

Une biopsie nous a montré une grosse folliculite péri-pilaire se présentant avec des caractères assez particuliers. Elle est largement étalée et remplie par une purée cohérente de polynucléaires. Mais alors qu'elle est parfaitement bien limitée en surface par son toit épidermique, elle manque de toute limitation nette sur ses bords et en profondeur, et se dégrade insensiblement par un infiltrat dermique plus clairsemé et qui est constitué presque exclusivement par des plasmocytes formant de beaux plasmones. Sabouraud a déjà décrit des lésions analogues dans le sycosis chronique de la barbe. Enfin de petits foyers d'infection descendent en profondeur en-dessous de la folliculite jusqu'à la partie profonde du poil, fait sur lequel Sabouraud a déjà attiré l'attention, à propos des folliculites chroniques dépilantes».

Discussion.

Ajoutons, pour compléter cette observation que le malade fut traité par l'ouverture des folliculites, les badigeons d'alcool iodé et

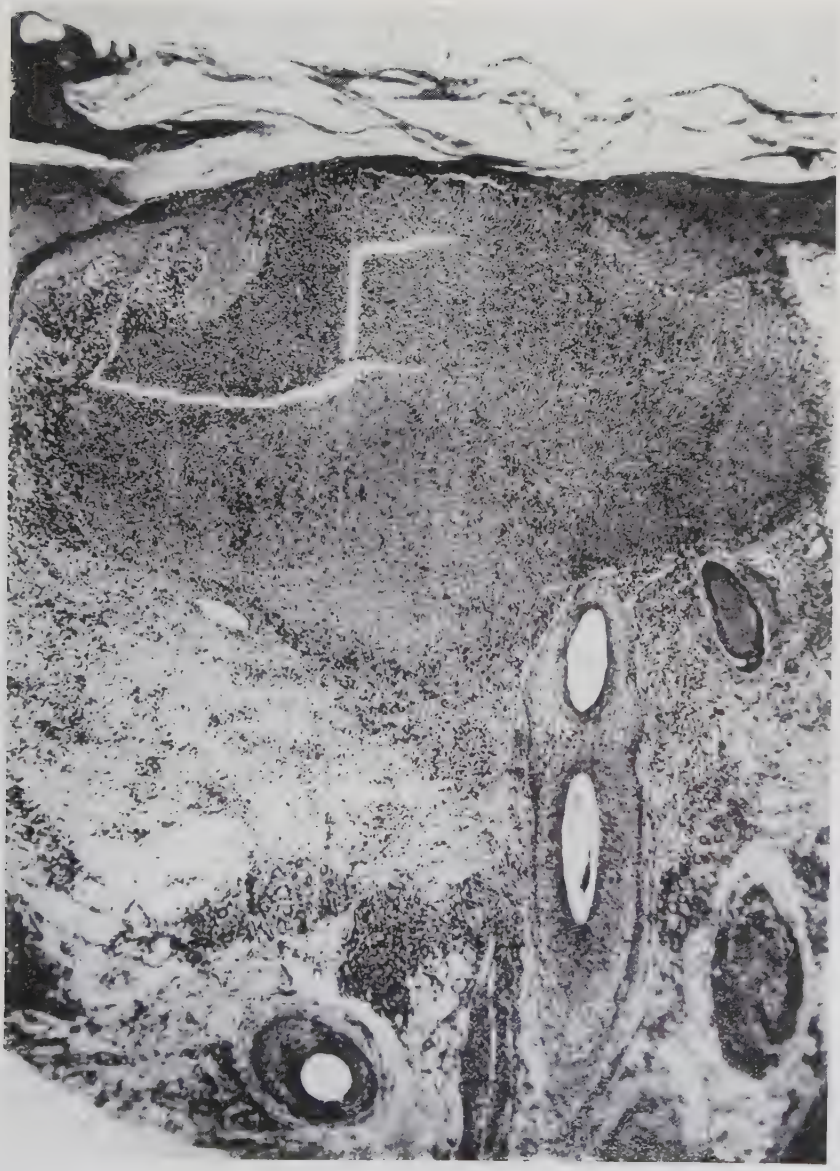


Fig. 6. Grosse folliculite remplie par une purée leucocytaire et staphylococcique. On retrouve en dessous la coupe oblique du poil qui centre le follicule. Remarquer que la folliculite manque de toute limitation latérale, se dégradant peu à peu dans l'infiltration plasmocytaire qui l'entoure et que de petites collections la continuent en profondeur le long du poil.

surtout par la dépilation par la radiothérapie. Aussitôt la chute des cheveux obtenue, le processus folliculitique s'arrêta complètement comme c'est la règle. Le malade revu en mars 1932 ne présentait plus que deux folliculites isolées dans la région occipitale. Par contre, autour d'un certain nombre d'ostia folliculaires, on trouvait des points nettement érythémateux.

Revenu se montrer en juin au moment où la repousse des cheveux s'était produite, il nous montrait une éclosion invraisemblable de folliculites survenues sous forme de poussée aiguë.

Pour notre Maître, M. Pautrier, ce cas lui paraissait représenter le type parfait de ce qu'il conviendrait d'appeler «folliculites épilantes cicatricielles» et si une affection du cuir chevelu mérite cette dénomination, c'est bien celle que présentait le malade.

Elle se différencie en effet en tous points de la pseudo-pelade, mais principalement par les deux particularités suivantes :

Tout d'abord au point de vue évolutif, la pseudo-pelade procède par points d'attaque isolés pouvant parfois s'agrandir et arriver à se fusionner, mais débutant toujours par de multiples points d'attaque. L'affection présentée par notre malade, au contraire, a eu un seul point d'attaque initial, mais celui-ci n'a cessé de progresser par ses bords de façon serpigineuse, s'étendant lentement mais inexorablement en tache d'huile, jusqu'à arriver à dépiler plus de la moitié du cuir chevelu. Et comme il est aisé de le comprendre, les lésions n'ont cessé de repulluler à la périphérie, abandonnant le centre qui, devenu cicatriciel et alopécique, ne pouvait plus présenter de folliculites. Cette évolution lentement extensive par la périphérie, cet accroissement constant par les bords, d'une seule plaque, sont hautement caractéristiques de ce type morbide et s'oppose complètement à l'évolution de la pseudo-pelade.

Le second point qui différencie complètement les deux types est que la pseudo-pelade est une péri-folliculite sèche, avec phénomènes inflammatoires au minimum, alors que les lésions de notre malade sont, d'une façon constante, une folliculite aiguë, suppurée, péri-pilaire. Du début de l'affection jusqu'à aujourd'hui, soit pen-

dant 14 ans, la lésion uniforme, c'est cette folliculite aiguë qui survient par poussées, qui ne s'arrête sur place que lorsque le cuir chevelu est déglabré, devenu cicatriciel, en un mot lorsqu'il n'existe plus de follicule pileux. Tout se passe comme dans un incendie dans les bois qui s'éteint lorsqu'il ne trouve plus d'arbres à consumer. Mais pendant ce temps, les folliculites se reproduisent à la périphérie, là où elles trouvent de nouveaux follicules pileux à envahir. Et ainsi se fait la marche lentement extensive de la maladie.

On conçoit que les deux caractères si particuliers sur lesquels nous venons d'insister méritent bien, comme le veut M. Pautrier, que cette affection représente le type même de ce qu'on doit appeler «folliculites épilantes, cicatricielles du cuir chevelu» et constitue le tableau clinique particulier auquel devrait s'appliquer la dénomination de Quinquaud, en faisant abstraction de toutes les autres formes de folliculites qu'y faisait rentrer ce Maître.

Aussi n'est-ce pas sans surprise que dans la discussion qui suivit la présentation du cas par M. Pautrier, on peut lire que pour M. Sabouraud ce cas représente le type du sycosis capillitii de Rayer et que «une différence essentielle existe entre ce type et le type de Quinquaud, c'est que dans celui-ci, il n'existe pas de pustules, c'est une folliculite sèche».

Que ce cas offre la plus grande parenté avec le sycosis lupoïde, nul n'en était plus convaincu que M. Pautrier lui-même qui, dans la discussion de son observation écrivait: «Quelle dénomination exacte peut-on donner à un cas comme le nôtre Le premier diagnostic qui se présente est celui de sycosis capillitii. Mais une sorte d'usage nous a habitués à réserver ce terme de sycosis aux folliculites chroniques des régions pilaires du visage. Toutefois, il convient de souligner combien ce processus folliculaire est voisin du sycosis lupoïde; il n'en diffère que par sa localisation au cuir chevelu et par l'étendue considérable des zones dépilées». Ce n'est là en somme que question de définition et de mots.

Mais la vraie surprise est de lire sous la plume de M. Sabouraud que le type de Quinquaud est une folliculite sèche. Si l'on

se reporte à son dernier ouvrage sur le «Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu» on y trouve un chapitre sur «l'acné décalvante de Quinquaud» qui dans l'esprit de l'auteur paraît donc correspondre aux deux types de Quinquaud et de Lailler qu'il assimilerait lui aussi l'un à l'autre). Or, dans la description qu'en donne M. Sabouraud, s'il mentionne expressément «l'évolution lente mais lentement extensive de l'affection pouvant occuper peu à peu une très grande surface, par exemple tout le vertex», il écrit à nouveau : «que la bordure est occupée par des cheveux qui tous montrent un point rouge à l'orifice folliculaire. A proprement parler, ce n'est donc pas une acné, c'est une folliculite, mais le processus inflammatoire dont la lésion témoigne, est peu accusé et n'aboutit jamais à une suppuration folliculaire visible». Et plus loin, il écrit encore : «On ne peut donc pas dire nettement s'il s'agit d'un processus analogue à celui du sycosis, mais très atténué, ou d'un processus analogue à celui de la pseudo-pelade de Brocq.... Cliniquement l'acné décalvante de Quinquaud se présente donc comme un intermédiaire entre ces deux affections, sans qu'on sache si elle se rapproche plus de l'une que de l'autre».

On a quelque pudeur, en matière de cuir chevelu, à paraître discuter l'autorité de celui qui en est le Maître incontesté, mais est-il besoin de souligner, après les citations que nous venons de faire de M. Sabouraud, combien ce type de folliculites dépilantes, acné décalvante, est vraiment mal construit, combien la question est mal posée et combien il est utile, comme le voudrait M. Pautrier, que l'on essaie d'y mettre quelque ordre. Pour M. Sabouraud, s'il y a folliculite, c'est du sycosis capillitii et seuls les cas à péri-folliculite sans suppuration visible, représentent l'acné décalvante ou la folliculite épilante et seraient ainsi en marge de la pseudo-pelade.

Pour notre Maître, M. Pautrier, il paraît plus simple, et peut-être plus satisfaisant pour l'esprit, de faire abstraction de toutes les données historiques et de toutes les descriptions parfois confuses qui ont embrouillé la question d'une façon extraordinaire et d'admettre :

1° — la pseudo-pelade, péri-folliculite sèche, où les phénomènes inflammatoires sont au niveau, qui représente un type net sur lequel tout le monde peut se mettre d'accord et qui échappe à toute discussion ;

2° — le type clinique, non moins net, dont nous venons de donner une observation caractéristique et qui est constitué essentiellement par des folliculites suppurées chroniques épilantes, labourant de vastes zones du cuir chevelu, débutant par une ou deux plaques, mais à marche lentement et inexorablement extensive. On peut, si l'on veut, au point de vue anatomo-pathologique, assimiler ces cas au sycosis lupoïde et leur réserver l'appellation de «sycosis capillitii». Ce n'est là qu'une question de mots. Mais n'est-il pas plus clair d'adopter la dénomination de Quinquaud, qui devient parfaite dès qu'on l'applique à ce type précis qui est celui même de sa définition, et en débarrassant ce type de toutes les formes parasites qu'on lui incorporait ?

3° — Il reste, il est vrai, à tenir compte des faits qu'a vu M. Sabouraud et dont il fait son acné décalvante. Il est frappant qu'un observateur aussi parfait que M. Sabouraud, avec son immense expérience, se soit cru autorisé à constituer ce type comme représentant «l'acné décalvante de Quinquaud». Mais on voit dans quel embarras il se trouve quand il s'agit de préciser sa nature et combien il hésite à dire si elle peut être rattachée au sycosis lupoïde ou à la pseudo-pelade. S'agirait-il dans les cas qu'a observés M. Sabouraud de pseudo-pelade dont les caractères inflammatoires de péri-folliculites étaient exceptionnellement accusés ? S'agirait-il de folliculites décalvantes à un stade de demi repos, dans lequel les folliculites peuvent faire momentanément défaut et où on ne trouve plus qu'un point érythémateux à l'orifice d'émergence du cheveu ?

Ces points demandent à être encore précisés et cette étude doit être poursuivie.

4° — Le sycosis lupoïde, affection siègeant habituellement dans la région de la barbe, mais pouvant exceptionnellement s'étendre au cuir chevelu.

5° — Une autre forme particulière de folliculite suppurée à gros nodules, que nous étudierons ensuite.

CHAPITRE IV.

SYCOSIS LUPOIDE.

Après avoir hésité, nous croyons, entre les folliculites épilantes cicatricielles que nous venons de décrire et le type suppuratif plus profond que nous allons étudier sous le nom d'acné décalvante, devoir faire une place au sycosis lupoïde. Certes, cette dernière affection est essentiellement une affection de la barbe et plus particulièrement des joues, et par exemple dans son dernier traité des affections du cuir chevelu, Sabouraud n'en traite qu'accidentellement mais ne parle pas de ses localisations au cuir chevelu. Cependant Brocq a mentionné son extension possible aux régions temporales et récemment Erich Hoffmann a insisté sur la localisation possible au cuir chevelu. Bien que nous l'y considérions comme d'une grande rareté nous croyons donc devoir lui consacrer un court chapitre dans cette étude des folliculites épilantes du cuir chevelu.

Le sycosis lupoïde, affection décrite pour la première fois par Brocq en 1888 (bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris, 13 octobre 1888), rentre également dans le cadre des folliculites chroniques amenant la destruction du follicule pilosébacé et par conséquent l'alopécie définitive.

Le sycosis lupoïde correspond :

Au lupoïd acné des Américains (Pr. A. Morrov).
A l'érythème sycosiforme d'Unna.
A l'acné pilaire cicatricielle d'Allen et de Lustgarten.
A la dermite sycosiforme atroffizante de Ducrey et Stanziale.

Symptomatologie.

Cette affection chronique, presque mathématiquement symétrique siège le plus souvent au niveau des parties latérales des joues. C'est donc principalement une affection de la barbe, mais elle peut remonter vers le cuir chevelu, descendre vers le cou et se propager parfois à la lèvre supérieure. Cette dermatose atteint également d'autres parties velues du corps en particulier la face externe des cuisses et avait été distinguée sous le nom de Folliculité dépilante des parties glabres par Arnozan (1892).

Hoffmann a distingué, selon la localisation des lésions cutanées trois variétés correspondant à la même lésion anatomo-pathologique :

la Folliculitis sycosiformis atrophicans capillitii ;

la Folliculitis sycosiformis atrophicans barbae ;

la Folliculitis sycosiformis atrophicans corporis.

Après avoir étudié les caractères communs à ces trois variétés nous étudierons plus spécialement la variété répondant au cuir chevelu.

Cette dermatose que nous continuerons à appeler sycosis lupoïde est caractérisée ;

par des lésions inflammatoires très prononcées ; les lésions primitives, les lésions élémentaires, sont constituées par des pustules péri-folliculaires en général volumineuses, reposant sur un derme rouge, très enflammé et épaissi, parfois même tellement infiltré qu'il a un aspect lardacé.

Les éléments voisins ne vont pas tarder à confluer, ces pustules à s'agminer et à la période d'état de la dermatose nous serons en présence d'une masse inflammatoire rouge et infiltrée, farcie de folliculites, couverte de croutes et de squames. A ce niveau le poil s'épile avec la plus grande facilité. Dans certains cas la lésion serait très prurigineuse.

L'affection dont la zone active se trouve à la périphérie du foyer va s'étendre excentriquement d'une façon régulière et à mesure que cette progression centrifuge des folliculites se fait, le

centre, point initial de l'affection va se dégager, se dépouiller de ses croutes et de ses squames.

Cette partie centrale abandonnée par l'inflammation restera glabre, les follicules pilo-sébacés sont détruits, cette partie centrale n'est qu'une cicatrice plus ou moins dure ou épaisse, parfois kéloïdienne au toucher et à l'aspect, pouvant être lisse ou polie, étant parfois au contraire rendue irrégulière par de petites excroissances fibreuses bosselant sa surface. En général cette cicatrice d'abord rouge foncé pâlit et devient le plus souvent d'un blanc mat, couleur qui représente sa teinte définitive.

Cette dermatose, nous le voyons, ressemble beaucoup au sycosis vulgaire, mais s'en distingue par de nombreux caractères :

1) Tendance constante à une extension centrifuge et régulière.

2) Atrophie totale du système pilo-sébacé.

3) Petit nombre des foyers. Il n'y a pas ici de petits foyers multiples, disséminés un peu partout.

D'après Erich Hoffmann la maladie débute en général au cuir chevelu, au niveau des tempes et derrière les oreilles. Pouvant s'étendre à toute la bordure périphérique du cuir chevelu l'affection va petit à pētit se rapprocher d'une façon centripète du vertex laissant derrière elle une zone d'atrophie.

Aux stades très avancés de la maladie toute la zone périphérique du cuir chevelu n'est plus qu'une cicatrice glabre ; la zone chevelue est représentée alors par une calotte ayant pour centre le vertex et dont les bords serpigineux sont limités par la zone d'accroissement de la maladie.

On trouvera un exemple démonstratif de cette description dans le mémoire d'Erich Hoffmann : «Zur Klassifizierung und Benennung der atrophisierenden bzw. narbigen Alopecien und Folliculitiden», (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 164. Année 1931, pages 324, 325, 326).

Dans le sycosis lupoïde la cicatrice est profonde et le derme loin d'être atrophié comme dans la pseudo-peladē ou la folliculite épilante de Lailler-Quinquaud est au contraire épaissi, induré, lardacé. Cependant, d'après Hoffmann, au niveau du cuir cheve-

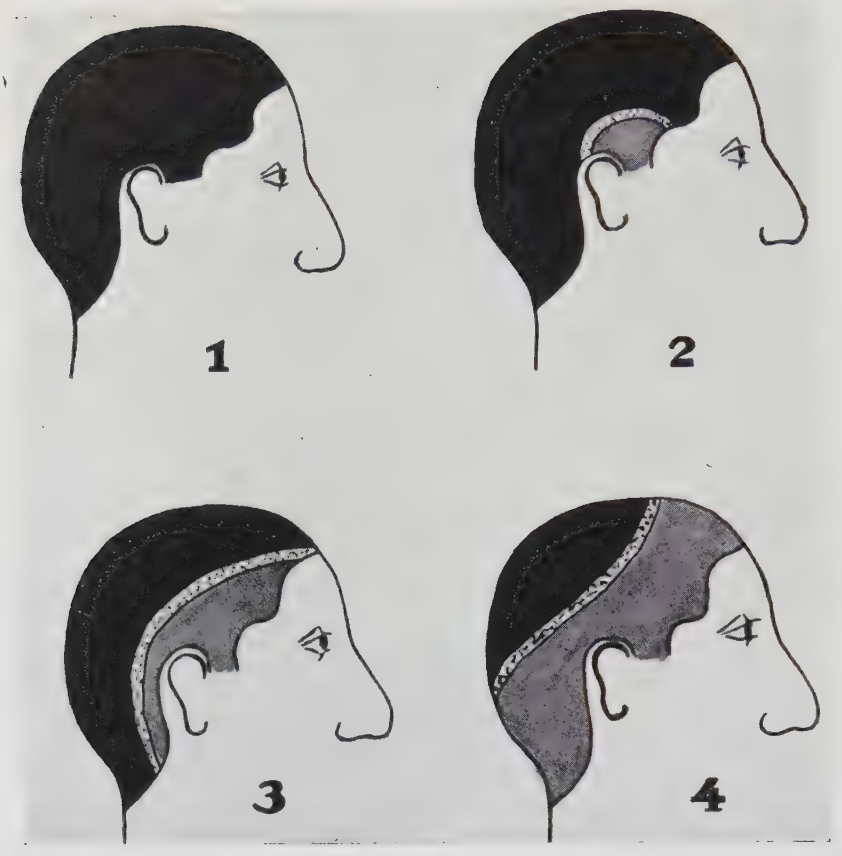


Fig. 7. Schémas du développement du sycosis lupoïde au cuir chevelu, d'après les descriptions d'Erich Hoffmann

lu cette cicatrice pourrait être superficielle et ressembler à celle du lupus érythémateux.

D'après Hoffmann encore cette variété de sycosis lupoïde est au moins aussi fréquente chez la femme que chez l'homme, alors que les variétés :

Folliculitis sycosiformis atrophicans barbae,
Folliculitis sycosiformis atrophicans corporis,
ne se voient que chez les hommes.

Anatomie pathologique.

L'examen histologique d'après les classiques montre tout autour des follicules pileux, des vaisseaux et des glandes sudoripares, des infiltrats composés surtout de plasmocytes. Ces infiltrats forment souvent de véritables plasmomes qui vont faire disparaître les follicules pileux, les glandes sébacées et le tissu élastique.

On rencontre dans certains cas surtout dans le derme profond quelques cellules géantes qui ont la valeur d'éléments macrophagiques des débris des follicules pileux. Ce caractère est loin d'être constant. Par endroits on voit quelques phénomènes de dégénérescence caractérisés par la forme irrégulière des cellules et par quelques noyaux en pycnose.

L'infiltrat peut même englober les glandes sudoripares, les dissocier et les faire disparaître.

Dans la zone périphérique de la lésion la racine du poil épaissie est entourée par un assez grand nombre de leucocytes; la zone centrale est atrophique, les poils disparus ont été remplacés par un tissu de sclérose. Cette cicatrice présente souvent des conduits lymphatiques élargis; de place en place des amas de plasmocytes.

Le pronostic de cette affection est très sérieux. D'une part il est évident que les poils dont les follicules ont été atteints ne repousseront plus et d'autre part l'affection a tendance, si un traitement adéquat ne la maîtrise pas, à évoluer par poussées successives autour du foyer primitif, à persister fort longtemps et à laisser en plus de l'alopécie définitive des cicatrices vicieuses.

Documents personnels et discussion.

Bien que nous n'ayons jamais observé personnellement de sycosis lupoïde au cuir chevelu et que notre Maître M. Pautrier nous

ait déclaré n'en avoir jamais vu lui-même, nous croyons devoir rapporter ici l'observation d'un sycosis lupoïde typique de la barbe que nous avons pu étudier à la clinique des maladies cutanées de Strasbourg et qui a pu nous servir à reprendre l'étude histologique de cette affection. Il nous sera plus facile de discuter ensuite des rapports éventuels, de l'identité ou de la différenciation à établir entre les folliculites épilantes cicatricielles que nous avons décrites dans le chapitre II et le sycosis lupoïde.

Observation II.

Monsieur Ba... Albert, âgé de 67 ans, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de remarquable entre dans le service de M. le Professeur Pautrier, le 6 juillet 1932 pour une affection de la barbe.

Cette affection a débuté à l'âge de 20 ans pendant son service militaire par de petites pustules au niveau de la joue gauche. A la suite d'épilation à la pince les lésions ont guéri pour reprendre tout d'abord à gauche, puis à droite il y a environ 10 ans.

Peu à peu se constitueront des zones glabres avec pustules à la périphérie .Il y a deux ans le malade aurait été traité à Colmar par des rayons, en 8 ou 10 séances, sur les régions malades; la peau saine était protégée: rayons X, radium? nous n'avons pu le préciser.

Actuellement le malade présente deux grands placards déglabrés de chaque côté de la face.

Sur le côté droit il y a un placard de la dimension d'une grande paume de main, de forme vaguement triangulaire s'étendant depuis l'angle du maxillaire à l'arcade zygomatique et en avant jusqu'à la région du menton. Les bords en sont très mal tracés, irréguliers et l'on y trouve des folliculites en évolution sous forme de pustules péripilaires. La surface de cette plaque est glabre avec par-ci, par-là un poil persistant; elle est de couleur variable avec zones blanches cicatricielles ou rose rouge légèrement inflammatoires. Par place quelques petites taches brunes pigmentaires (Radiodermite?), mais nulle part de télangiectasies.

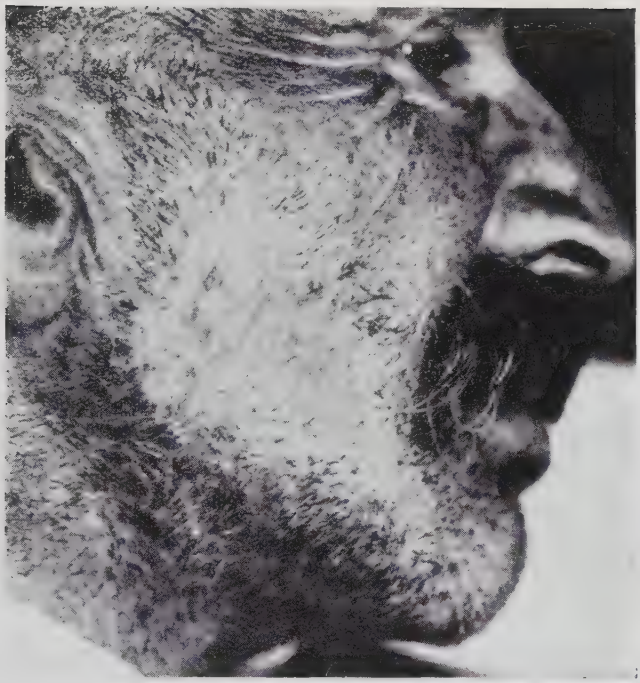


Fig. 8. Sycosis lupoïde parvenu à un stade presque complètement cicatriciel. (Les microphotos suivantes proviennent d'une biopsie pratiquée sur le rebord inférieur de la lésion).

A gauche, placard ovalaire, approximativement dans la même région qu'à droite avec en plus une petite lésion isolée près du menton. Mêmes caractères qu'à droite sauf : absence de pigmentation et présence d'un début de chéloïde grosse comme une lentille.

Nous avons fait une biopsie au niveau de la bordure antérieure et supérieure du placard de la joue droite.

Les coupes nous présentent par conséquent à l'une de leurs extrémités un endroit dans lequel nous pouvons encore trouver des

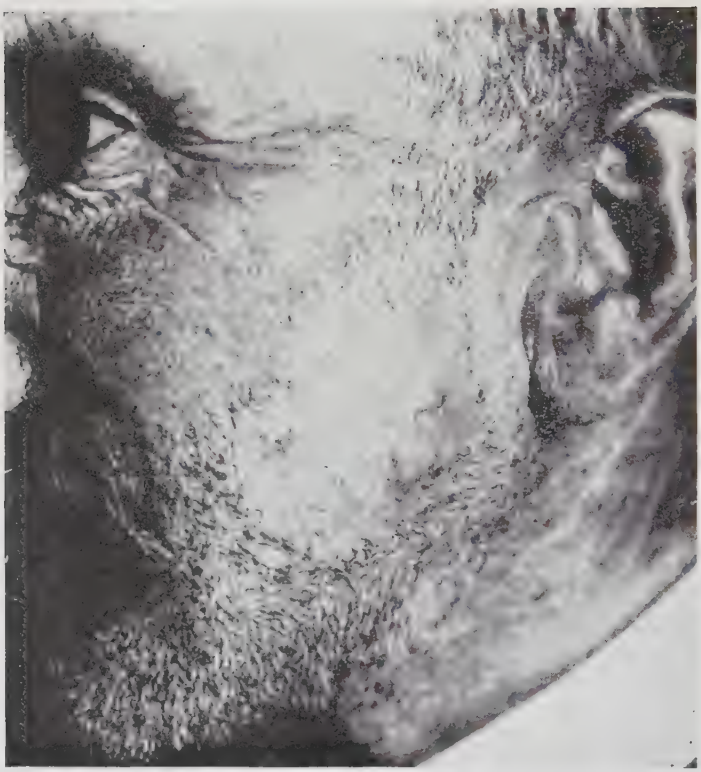


Fig. 9. Sycosis lupoïde de la barbe. Même malade que sur la fig. 7; montrant la symétrie absolue des lésions.

poils normaux; toutefois il n'y a plus à proprement parler de peau saine dans notre biopsie et nous trouvons simplement une gamme de lésions plus ou moins accentuées.

D'une manière générale les diverses couches des téguments sont intéressées, mais d'emblée la lésion ne siège pas seulement autour du follicule pilo-sébacé comme nous nous y attendions. Au contraire nous avons des lésions diffuses intéressant le derme dans

sa totalité sans pouvoir saisir une atteinte primitive du follicule pilo-sébacé. Nous décrirons donc les lésions diffuses étage par étage pour ne conclure qu'ensuite quelle sera la part du follicule pileux dans ce processus.

L'épiderme présente des altérations manifestes en rapport avec les lésions sous-jacentes. Peut-être y a-t-il une légère hyperkératose avec épaississement de la granuleuse qui présente presque partout trois à quatre rangées cellulaires, mais ce qui prédomine ce sont des altérations de la forme générale du revêtement malpighien. Aminci par places, son épaisseur reste néanmoins dans les limites habituelles mais le dessin papillaire rappelle ce que nous connaissons déjà dans l'acné kéloïdienne ; en effet, les papilles sont encore bien dessinées tout en étant plus rares. La modification structurale porte surtout sur les prolongements interpapillaires. Ces derniers sont élargis et aplatis de manière à former fréquemment une démarcation dermo-épidermique rectiligne par le fait que ces prolongements interpapillaires sont comme abrasés tous au même niveau.

Dans son ensemble le derme paraît épaissi, mais les lésions siègent de préférence dans le derme moyen en laissant intact le derme profond. Le derme papillaire nous paraît normal à part la moindre fréquence de papilles ; papilles qui malgré tout présentent leurs capillaires et leur feutrage collagène normaux.

Le derme profond a sa structure habituelle de gros faisceaux collagènes entrelacés, accompagnés de leurs fibres élastiques. Il ne présente aucun phénomène inflammatoire sur une assez grande épaisseur voisinant l'hypoderme.

Par contre les lésions qui nous intéressent siègent dans le derme moyen. Ici nous constatons d'une part des lésions vasculaires et inflammatoires et d'autre part une modification profonde et secondaire du collagène lui-même. Nous remarquons une néoformation de capillaires qui existent en grand nombre dans toute la hauteur du derme moyen ; ils sont très dilatés et accompagnés de manchons inflammatoires compacts formés principalement de plasmocytes qui réalisent des amas denses de forme plus ou moins

Fig. 10. Biopsie du sycosis lupoïde du malade de l'observation 11 (fig. 8 et 9). Remarquer dans tout le derme moyen les nombreuses dilatations des vaisseaux et les néo-formations de capillaires ; tous les vaisseaux sont entourés d'importants manchons d'infiltrat où domine le plasmocyte (grossissement 75 diamètres).

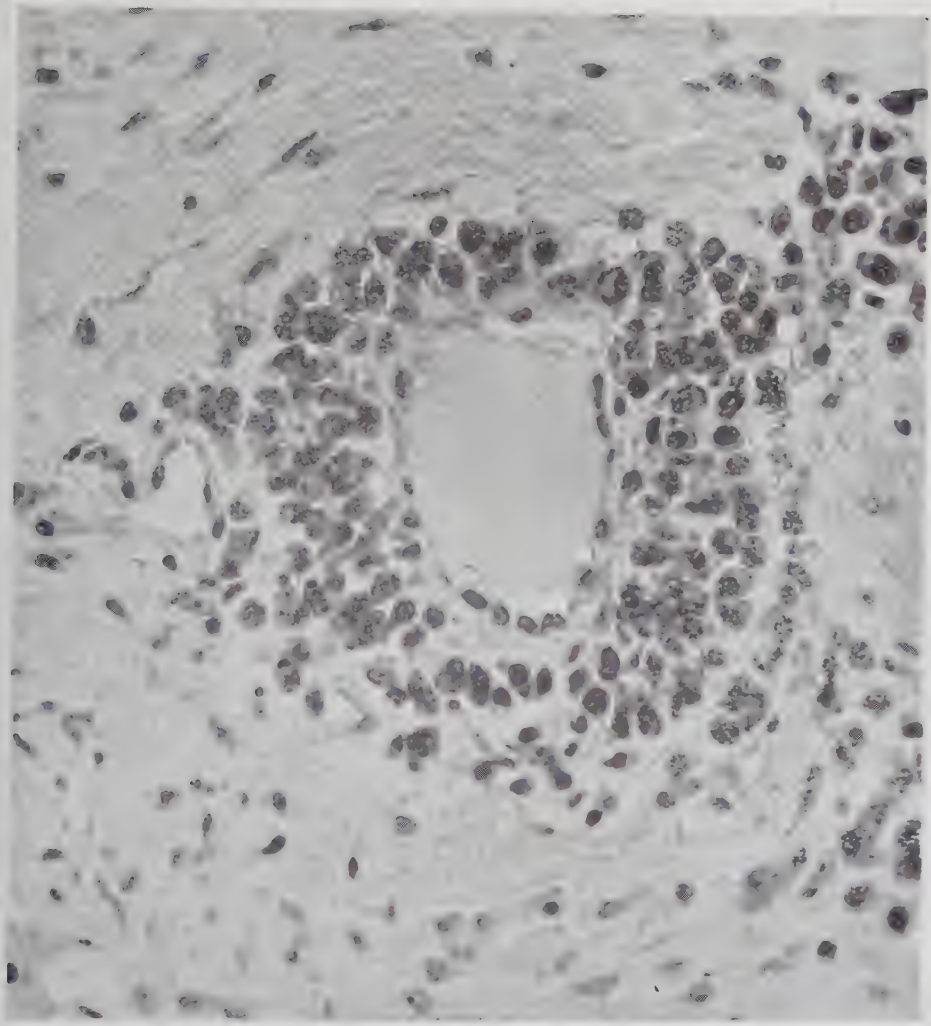


Fig. 11. Détail de la figure précédente, montrant la disposition de l'infiltrat autour des vaisseaux et sa structure à peu près purement plasmocytaire (grossissement 550 diamètres).

étoilée. Par-ci, par-là ces amas sont un peu œdématiés et contiennent en plus du plasmocyte qui reste la cellule prédominante quelques lymphocytes et fibrocytes, ainsi que de rares polynucléaires en pycnose. Ces amas inflammatoires sont enserrés dans un collagène nettement cicatriciel. Sa texture normale est remplacée par des faisceaux amincis, hyalinisés et dont l'orientation reste presque toujours parallèle à la surface cutanée sans présenter l'enchevêtrement habituel. Les cellules conjonctives tout en étant abondantes sont écrasées, étouffées et souvent réduites à un petit noyau linéaire. Le tissu élastique a subi une involution générale et n'existe que par quelques rares fibres plus ou moins déchirées ou ramassées en petits pelotons. Ceci est d'autant plus remarquable qu'au niveau de la face nous avons un réseau élastique très riche. Un petit fait qui mérite mention et que nous voyons facilement sur les coupes colorées à l'orcéine est le suivant: dans l'une des extrémités de la coupe qui représente encore de la peau saine nous trouvons tous les caractères de l'involution sénile du collagène, ce qui cadre tout-à-fait avec l'âge du malade. Les régions superficielles du derme moyen sont occupées par un réseau nuageux de collagène dégénéré prenant l'orcéine. Or, dans les régions dermiques cicatricielles il y a un remaniement complet du derme qui est remplacé entièrement par un tissu scléreux sans la moindre trace de collagène dégénéré.

Le tissu inflammatoire et cicatriciel est pour ainsi dire dépourvu de glandes sudoripares, de même de follicules pilo-sébacés. Comment ces derniers ont-ils disparu? Nous ne trouvons aucune trace de résorption malpighienne ou de granulome à corps étrangers. Par contre nous avons au centre de la coupe l'embouchure d'un énorme follicule pileux dont la glande sébacée a disparu. L'ostium pilaire est considérablement agrandi, mais on constate encore l'existence d'un poil. Toutefois, dans des sections transversales plus profondes de ce follicule pileux, nous constatons des modifications des gaines épithéliales, surtout de la gaine épithéliale interne; certaines de ses cellules présentent des involutions nucléaires très particulières faisant penser à des mitoses. Enfin le cen-

tre de ce massif pileux paraît complètement bouleversé et l'ébauche du poil très troublée.

Par ailleurs nous trouvons encore quelques glandes sébacées complètement atrophiés dépourvues de toute trace de follicule pileux, à part quelques muscles pilo-moteurs rabougris. Nos images sont par conséquent très incomplètes pour constituer l'ensemble du processus qui aboutit finalement à la déglabration cicatricielle dans le sycosis lupoïde.

*
* *

Nous ne trouvons donc plus dans notre cas de lésions jeunes, en activité ; les follicules pileux ont à peu près totalement disparu, et les lésions inflammatoires que présente le derme ne constituent en somme qu'un reliquat cicatriciel, témoignant cependant encore d'une inflammation chronique de par la présence des volumineux manchons d'infiltrat péri-vasculaire, particulièrement riches en plasmocytes. Mais il nous manque le tableau de la folliculite en activité pour le comparer à celui de la folliculite épilante du cuir chevelu.

Mais si l'on se reporte aux excellentes figures qui illustrent l'ouvrage de Sabouraud sur les Pyodermites (Pyodermites et Eczéma) on peut se convaincre qu'il existe une grande analogie entre les lésions histologiques de la folliculite du sycosis de la barbe et celles de la folliculite épilante du cuir chevelu. Si dans le sycosis la folliculite est presque toujours strictement épidermique et si sa chronicité ne s'explique que par la formation sous la folliculite de petits abcès intra-épidermiques qui la renouvellent incessamment, on peut rencontrer aussi (figure 49, page 58 de l'ouvrage de Sabouraud) des abcès staphylococciques descendant jusqu'au bulbe pilaire, et s'entourant d'une coque de plasmocytes : Cette parenté étroite histologique n'est pas faite pour nous surprendre, puisqu'il s'agit en somme d'un processus aboutissant dans les deux cas à la destruction du follicule pileux et à la cicatrice.

On pourrait donc être tenté d'assimiler complètement et sous une même dénomination les folliculites épilantes du cuir chevelu

et le sycosis lupoïde de la barbe. Nous l'avons déjà écrit, ce n'est là qu'une question de mots. Mais s'il y a parenté étroite au point de vue anatomo-pathologique il ne nous semble pas cependant, suivant l'opinion de M. Pautrier, qu'on puisse englober sous le terme de sycosis les folliculites chroniques de la barbe et celles du cuir chevelu. D'abord il y a une question d'usage et d'habitude qui veut que dans le langage dermatologique courant le terme de sycosis lupoïde soit réservé au sycosis de la barbe dans la région des joues et celui de folliculites aux lésions analogues du cuir chevelu. Mais il nous semble également qu'au point de vue clinique on peut marquer entre les deux certaines différences, qui tiennent certainement à la différence de structure de la peau des joues et du cuir chevelu. Le sycosis lupoïde à son stade d'état revêt une allure plus nettement inflammatoire. Certes, il y a de la rougeur diffuse dans la zone d'extension du placard de folliculite épilante du cuir chevelu, mais elle n'a jamais cet aspect succulent, ce toucher lardacé que donne le placard de sycosis lupoïde en activité ; la folliculite du cuir chevelu n'est pas aussi saillante que celle de la joue, elle ne détermine pas la même réaction inflammatoire adjacente.

Nous séparerons donc les folliculites épilantes du cuir chevelu, du sycosis lupoïde et nous réserverons cette appellation, au niveau du cuir chevelu, aux cas fort rares où les lésions des joues s'étendent serpigineusement aux régions temporales ou débordent légèrement vers les régions pariétales.

CHAPITRE V.

ACNÉ DÉCALVANTE.

(Périfolliculitis abcedens et suffodiens cicatrisans capillitii de Hoffmann).

Nous avons déjà fait allusion, dans la conclusion de notre chapitre III, à l'existence d'un groupe de folliculites qui nous paraîssent devoir être totalement séparées de celles que nous avons retenues pour constituer les folliculites épilantes cicatricielles.

Le groupe que nous voudrions individualiser maintenant et pour lequel nous l'annonçons tout de suite, nous proposerons le terme d'«Acné décalvante» et qui correspond à la «Périfolliculitis abcedens et suffodiens» d'Erich Hoffmann, est constitué en effet par des lésions qui se différencient complètement des folliculites épilantes cicatricelles par les caractères suivants.

1° — La lésion élémentaire n'est pas une folliculite superficielle manifestement péri-pilaire; c'est un élément suppuré, de volume beaucoup plus considérable, atteignant en général le volume d'un pois vert, rouge, bombé et ne montrant cliniquement aucun décollement épidermique rempli de pus; l'épiderme qui le recouvre est rouge-rosé, lisse; le toucher donne une sensation d'empâtement. On a l'impression très nette de se trouver en face d'une petite collection suppurée. Et de fait, si on ponctionne cet élément avec un scarificateur, on obtient une ou deux grosses gouttes de pus. Ces éléments se présentent donc comme sensiblement comparables à ceux d'une acné indurée, sans pustules superficielles.

2° — Ces éléments restent toujours strictement isolés. Chacun évolue pour son propre compte, sans avoir la moindre tendance à confluer avec un élément voisin. Au lieu de se fusionner comme dans les folliculites épilantes cicatricielles pour former une vaste cicatrice serpigineuse lentement extensive, chaque nodule fera sa cicatrice individuelle. Celle-ci pourra être plane et déprimée, beaucoup plus souvent surélevée, scléreuse, chéloïdienne, formant un nodule fibreux qui aura également la dimension d'un poids vert.

Pour mieux nous faire comprendre, nous ne saurions mieux faire que de donner ici deux observations de ce type, inédites, que notre Maître, M. le Professeur L.-M. Pautrier avait prises dès 1921 et qu'il avait mises de côté en vue d'une étude ultérieure d'ensemble des folliculites du cuir chevelu. Nous ne saurions trop le remercier d'avoir bien voulu nous confier ces deux observations originales.

Observation III.

F... Marcel, 27 ans, imprimeur. Les lésions pour lesquelles le malade vient nous consulter ont débuté au niveau du cuir chevelu, en 1914. Par petites places limitées, le cuir chevelu présentait une inflammation manifeste, devenait rouge, très légèrement douloureux à la pression et les cheveux commençaient à tomber au niveau de ces plaques. Si l'on exerçait une pression assez forte à leur niveau, déclare le malade, il en sortait un liquide purulent mélangé de sang.

Les lésions, après avoir débuté dans la région occipitale, gagnèrent le vertex, les régions pariétales, puis s'étendirent progressivement sur presque tout le cuir chevelu.

Etat actuel (1921). — Les lésions extrêmement nombreuses, criblent tout le cuir chevelu, occupant la région frontale presque jusqu'à la limite des cheveux, les régions pariétales et la région occipitale presque jusqu'à la nuque. Elles ne sont cependant pas distribuées partout avec la même intensité : particulièrement nombreuses et presque cohérentes sur le vertex, elles sont plus discrètes au niveau des régions temporales et occipitale.

Au niveau du vertex, ce qui frappe au premier aspect, c'est la présence de nombreuses taches alopéciquès alternant avec des bouquets de cheveux sains et drus. Les zones alopéciques sont toutes de petites dimensions ; le plus grand nombre ont la grosseur d'un pois vert, les plus grandes ne dépassent pas une pièce de vingt centimes en nickel. Leur forme est en général irrégulièrement arrondie ; quelques-unes cependant, sinueuses de contour, décrivent des angles rentrants ou sortants. Leurs limites sont nettes et immédiatement au pourtour de la zone alopécique, on trouve des cheveux sains, vigoureux et bien plantés.

Les zones déglabrées le sont en général totalement, c'est-à-dire qu'il ne persiste aucun cheveu ni follet à leur niveau. Cependant, sur des points où plusieurs plaques paraissent entrer en confluence, il reste quelques cheveux isolés au milieu de zones alopéciques.

La coloration d'un grand nombre de zones alopéciques est manifestement inflammatoire, d'un rouge violacé assez pâle et cela d'une façon uniforme sur toute leur étendue. Certaines d'entre elles sont recouvertes de croûtelles et la pression fait sourdre une véritable petite collection purulente, d'un pus blanc jaunâtre, crêmeux.

Par places encore, le palper de certaines de ces lésions, qui sont légèrement bombées et surélevées, décèle un véritable décollement du cuir chevelu, sur presque toute l'étendue de l'élément, par une véritable petite collection purulente sous-jacente. Au pourtour de ces lésions, les cheveux viennent facilement à une traction modérée et sont nettement engainés dans une gaine succulente blanchâtre.

Toutes ces lésions représentent évidemment les lésions jeunes en activité de la dermatose. Elles ne sont pas groupées par places comme si l'affection progressait insensiblement par zones successives, mais distribuées sans ordre sur le cuir chevelu, et mélangées aux autres lésions que nous allons décrire.

D'autres plaques alopéciques en effet, aussi nombreuses que les premières, mais manifestement plus anciennes en date et ayant dépassé le stade d'activité, présentent une teinte blanchâtre, par

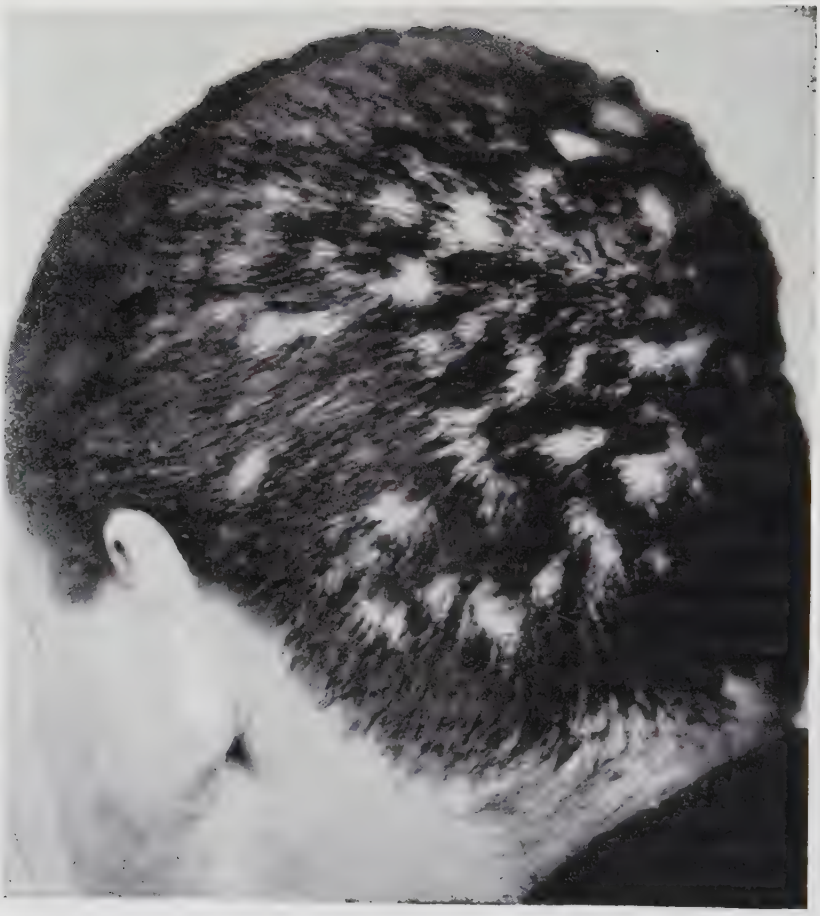


Fig. 12. Malade de l'observation III, type de ce que nous proposons d'appeler « Acné décalvante » (correspondant à la Péri folliculitis abcedens et suffodiens d'Hoffmann). Remarquer la grosseur des éléments suppurés profonds, la distribution par éléments isolés, l'alopécie consécutive, chaque élément évoluant pour son propre compte sans tendance à fusionner.

place ivoirine, et montrent un aspect cicatriciel net. La plupart sont de niveau avec le cuir chevelu sain environnant, d'autres paraîssent très légèrement déprimées, comme si un processus inflammatoire plus intensè avait produit une véritable cicatrice plus profonde. Toutes ces zones cicatricielles sont immédiatement entourées par des cheveux sains, drus, normalement résistants à la traction. Certains de ces cheveux paraîssent avoir été rapprochés par le processus cicatriciel adjacent et forment une sorte de petit pinceau paraîssant émerger d'un seul orifice rappelant ce que l'on voit communément dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

Au niveau des régions temporales, moins atteintes, on trouve, isolées en plein cuir chevelu sain, de grosses folliculites ayant les dimensions d'une tête d'épingle blanche, remplies par un pus crêmeux, blanc-jaunâtre, et centrées par un cheveu. Celui-ci vient avec une grande facilité à une faible traction, avec une racine entourée d'une gangue succulente et baignée de pus.

La région de la nuque présente un aspect assez spécial dans la partie la plus inférieure du cuir chevelu jusqu'à environ un travers de doigt au-dessus de sa limite inférieure. Il n'y a plus ici de zones alopéciques nettement arrêtées, entrecoupées par des bandes de cuir chevelu sain. L'alopécie est diffuse et, sur un fond cicatriciel irrégulier et même légèrement chéloïdien par endroits, il persiste soit dès cheveux sains, isolés, soit de petits pinceaux de deux à trois cheveux, se détachant d'un même orifice.

On trouve également dans cette région quelques folliculites encore en activité et, sur un point, une véritable petitè collection suppurée, ayant les dimentions d'un noyau de cerise et sensible au toucher.

Au-dessous de cette zone, sur la largeur d'un bon travers de doigt, la limite inférieure du cuir chevelu est normale.

La nuque elle-même est absolument normale et la peau n'y présentè aucune folliculite, aucune trace d'infection. Donc rien ne rappelant l'acné chéloïdienne de la nuque.

Malgré la présence des nombreuses petites collections suppurées criblant le cuir chevelu, celui-ci n'est pas le siège d'une sen-

sibilité particulière, sauf au niveau de la volumineuse collection de la région occipitale inférieure. L'affection est remarquablement aphlegmasique.

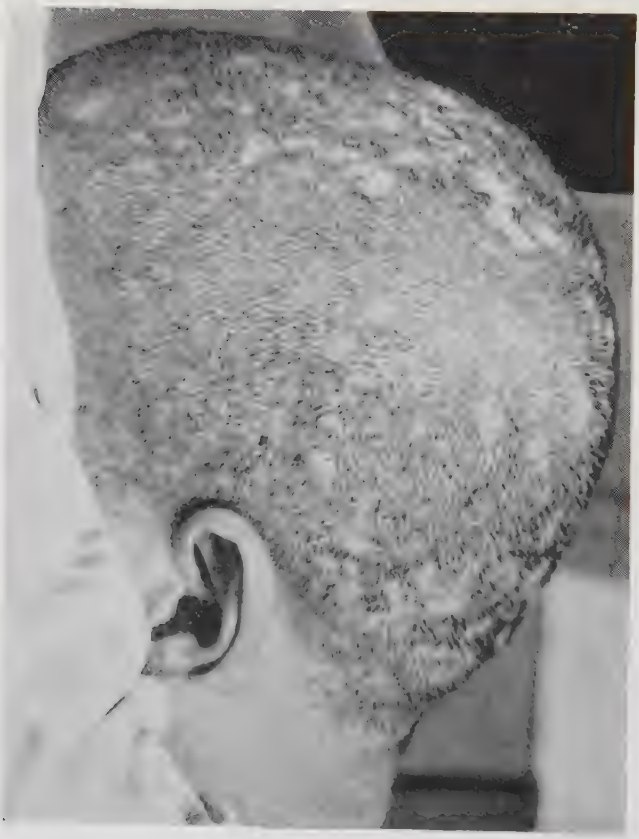


Fig. 13. Malade de l'observation III au stade cicatriciel (la photographie a été prise sous une incidence toute différente de la précédente).

Les portions saines du cuir chevelu ne présentent pas d'état séborrhéïque manifeste. Le malade, par ailleurs, n'est pas atteint d'acné du visage ou du tronc.

Examen bactériologique. — Les cultures du pus contenu dans les lésions suppurées du cuir chevelu donnent régulièrement du staphylocoque blanc et doré.

Biopsie. — Une biopsie, D 52, pratiquée sur une place alopécique de couleur rosée, encore légèrement inflammatoire, mais sans suppuration appréciable, nous montre une lésion à son stade de début.

L'épiderme a sa configuration normale. Les poils existent encore tous et présentent des lésions diverses : d'abord nous voyons les infundibula pilaires présenter une forte dilatation, il y a de véritables petits comédons sous forme de moules cornés assez aérés qui s'étendent depuis l'embouchure du poil jusqu'à son collet c'est-à-dire l'endroit du déversement de la glande sébacée dans le follicule pileux.

Le derme est encore peu modifié, sa structure collagène et élastique est normale, mais néanmoins nous le voyons riche en petits vaisseaux fréquemment dilatés ; de plus, il est par endroits le siège d'un œdème assez important. Enfin, les lésions proprement dites consistent en un infiltrat inflammatoire que nous trouvons le plus accusé en profondeur vers la limite dermo-épidermique. Si nous trouvons déjà de légers infiltrats autour des vaisseaux du derme moyen, ceux-ci se trouvent aussi autour des follicules pilo-sébacés, mais c'est surtout autour des pelotons sudoripares de la profondeur et autour des racines des poils que cet infiltrat se présente avec le maximum d'intensité et accompagné d'œdème.

Nous y trouvons, à parties égales, des polynucléaires et des cellules des types plasmocytes, lymphocytes, fibrocytes. L'élastine n'a disparu qu'au niveau des foyers d'infiltrat.

Il s'agit donc d'un processus dont la lésion caractéristique siège en profondeur ; la biopsie n'est pas assez profonde pour voir la lésion dans toute son étendue. En tous cas, nous assistons à des phénomènes qui ont une tendance à évoluer vers une suppuration aiguë en tenant compte du grand nombre de polynucléaires.

Observation IV.

U. Paul, 51 ans, vient nous consulter le 19 juillet 1920, pour des lésions du cuir chevelu qui évoluent depuis dix-huit ans. Malgré les soins qui lui furent donnés durant tous ce laps de temps il n'observa que de faibles améliorations, de courte durée. La maladie aurait débuté par des lésions érythémateuses et pustuleuses dans la région du vertex. Les cheveux tombèrent au niveau des régions atteintes, laissant des placards alopéciques.

Etat actuel. — Les lésions occupent principalement le vertex et accessoirement la région occipitale gauche et les régions temporales. Elles sont constituées essentiellement par des placards alopéciques, qui n'offrent pas partout le même aspect et que nous décrirons d'abord au vertex, puis au niveau de la région occipitale et des régions temporales.

Au niveau du vertex les plaques alopéciques sont sensiblement groupées les unes à côté des autres, mais toutes séparées par des bandelettes de cuir chevelu sain où les cheveux sont implantés drus et serrés. Elles ont des dimensions moyennes allant d'un pois vert à un noyau de cerise ; leur forme est assez régulièrement arrondie. La plupart d'entre elles ne sont pas planes et de niveau avec le cuir chevelu, mais elles sont plutôt bombées et forment une légère saillie. Leur couleur est d'un rose violacé. Leur surface n'est pas absolument lisse : elle est criblée d'une série de petits orifices de la grosseur d'une minuscule tête d'épingle blanche, qui paraissent nettement correspondre à des orifices pilo-sébacés dilatés. Une partie de ces pertuis est oblitérée par un bouchon noirâtre, légèrement corné à son sommet ; une pression énergique fait sourdre ces bouchons sous forme de comédons d'assez forte taille. D'autres de ces orifices sont le siège de pètites pustulettes avec un léger halo inflammatoire périphérique. Par places, ces pustulettes s'agglomèrent pour former des placards inflammatoires, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. En comprimant ces pustulettes, on en fait sortir un pus jaune et épais mêlé d'un peu de sang. Par places on a l'impression d'un décollement

de l'épiderme par la petite collection sous-jacente. L'alopécie de toutes les plaques atteintes est totale.

De ces taches alopéciques du vertex, la grande majorité est donc encore «habitée» par les éléments d'infection, des pustulettes récidivantes, les autres présentent simplement une teinte légèrement érythémateuse et des orifices pilosébacés dilatés et partiellement oblitérés par des comédons.

Nous avons déjà dit qu'elles forment une légère saillie ; elles semblent en effet bridées par une sorte de sclérose périphérique ; elles sont dures et légèrement fibreuses au toucher. On a presque par places l'impression d'un léger processus chéloïdien.

Dans leur intervalle, le cuir chevelu normal forme des bandelettes plus ou moins linéaires et qui semblent un peu étranglées entre les saillies légères des deux éléments voisins. Ces bandelettes de cuir chevelu sont implantées de cheveux nombreux, drus, sains, résistant fortement à la traction. Quelques-uns d'entre eux forment de petits pinceaux qui semblent émerger d'un seul orifice pilaire.

Dans la région occipitale gauche et au niveau de la région temporale, on trouve une vingtaine de plaques alopéciques, sans rougeur, sans pustulettes. Elles ont une grandeur allant d'une lentille à un pois vert ; leur forme est arrondie ou allongée ; leur teinte est blanche, légèrement brillante, leur aspect lisse et manifestement atrophique : Quelques-unes d'entres elles présentent des orifices pilo-sébacés dilatés, presque partout bouchés par des comédons de teinte brune ou noire, qui se laissent exprimer par la pression entre deux ongles.

Les parties non atteintes du cuir chevelu sont normales ; le malade n'a pas de séborrhée prononcée, les cheveux sont partout abondants et, en dehors des plaques alopéciques, ne présente pas autre part les comédons qu'offrent ces dernières. Nous avons pu convoquer récemment ce malade et constater l'état actuel de son cuir chevelu. Nous n'y avons plus trouvé de lésions en activité. Par contre toutes les lésions anciennes ont abouti au stade cicatriciel, mais avec des modalités assez particulières. Chacune des cicatrices formées est nodulaire, saillante, fibreuse et rappelle les

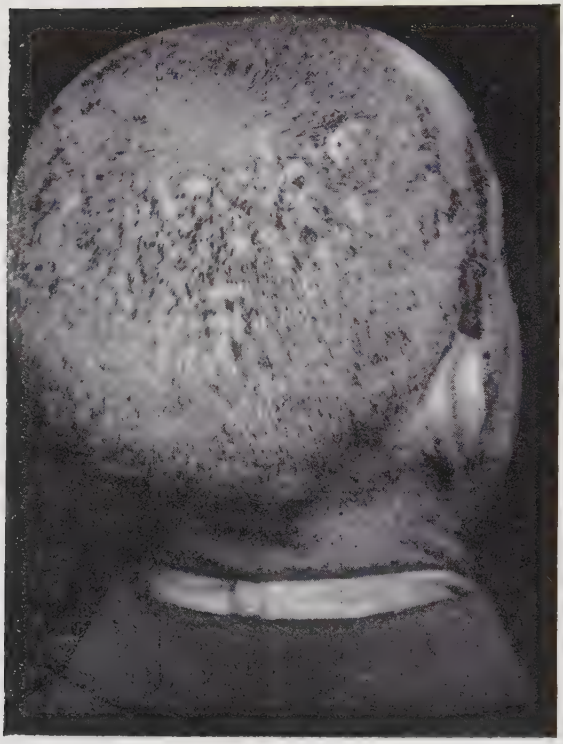


Fig. 14. Madade de l'observation IV, au stade d'activité (photographie faite en 1921).

lésions d'une acné chéloïdienne de la nuque au stade cicatriciel et d'intensité moyenne. La plupart de ces cicatrices exubérantes ont les dimensions d'un pois vert à un noyau de cerise, une teinte à peine rosée le plus souvent blanchâtre, une forme arrondie, avec une consistance fibreuse. A leur bordure reprennent lēs cheveux normaux, sains.

En résumé, dans nos deux observations particulièrement typiques et démonstratives, nous avons affaire à des lésions de folli-

culites et périfolliculites suppurées du cuir chevelu, évoluant de façon chronique des années durant, et aboutissant à des zones d'alopécies cicatricielles définitives.

Les divers éléments de cette description méritent d'être repris et suivis dans leur évolution.

1°) *L'élément initial, la folliculite suppurée.*

L'élément jeune, celui qui représente à n'en pas douter le stade initial de l'affection, et que nous retrouvons isolé dans le cuir chevelu sain, là où n'existe encore aucun foyer important et aucune cicatrice, c'est la grosse folliculite péripilaire. Elle a les dimensions d'une tête d'épingle blanche, elle est remplie par un pus crêmeux, blanc-jaunâtre, elle est bien tendue par son contenu et présente donc tous les caractères de la pustule staphylococcique. Mais à l'inverse de la pustule staphylococcique de l'impétigo de Bockhardt, elle ne se multiplie pas, ne se généralise pas, n'est pas douloureuse, le malade s'en aperçoit peu. Elle paraît évoluer lentement, son toit est assez épais, elle ne se rompt pas facilement spontanément. Elle est souvent centrée par un cheveu qui vient avec une grande facilité à une faible traction. La racine de celui-ci est entourée d'une gangue succulente et baignée de pus.

2°) *L'élément de la période d'état : la papulo-pustule ou le petit abcès.*

Cet élément de la période d'état se forme sans qu'on puisse distinguer de folliculites s'agglomérant par places pour lui donner naissance. Ces éléments sont de beaucoup les plus nombreux ; ce sont ceux qui criblent tout le cuir chevelu de notre premier malade, qui sont groupés dans la région du vertex du second.

Ce qui les désigne immédiatement à l'attention, c'est l'alopécie totale qui s'est produite à leur niveau. Parsemés dans le cuir chevelu sain, ils forment une série de taches glabres, au niveau desquelles il n'existe plus un poil ou un follet et à la bordure immédiate desquelles les cheveux normaux reprennent drus et vi-

goureux. Leurs dimensions moyennes sont celles d'un pois vert. Leur surface est lisse, plane ou légèrement bombée, parfois recouverte d'une croûtelle. Leur couleur est blanc rosé ou franchement érythémateuse. Les éléments érythémateux les plus en activité sont aussi les plus volumineux, les plus bombés et par la pression on fait sourdre une véritable petite collection purulente, plusieurs grosses gouttes d'un pus crêmeux blanc-jaunâtre. Comme lésions élémentaires, ils tiennent le milieu entre la papulo-pustule et le véritable petit abcès collecté, car il y a par places un véritable petit décollement du cuir chevelu par la collection purulente sous-jacente. Malgré l'abondance et l'intensité relative de ce processus suppurant, les lésions sont peu douloureuses, ne s'accompagnent pas de fièvre, gardent une allure torpide.

Sur certains points, les cheveux de la bordure la plus immédiate entourant les lésions manifestement en activité viennent facilement à une traction modérée et sont nettement engainés dans une gaine pulpeuse blanchâtre.

A côté des éléments érythémateux, il en existe de simplement rosés ,témoignant d'une inflammation récente, mais ne contenant plus de pus et qui, insensiblement, conduisent à l'élément terminal.

3°) *L'élément terminal : la macule atrophique cicatricielle.*

La filiation de la lésion de la période d'état à la lésion terminale est manifeste. Celle-ci ne se présente plus que comme une macule blanchâtre, ivoirine, ayant la forme vaguement arrondie, la figuration et les dimensions des papulo-pustules ou des petits abcès qui l'ont précédées, macule complètement et définitivement alopécique.

Parfois, et c'est ce que nous avons observé en particulier pour le malade de notre observation IV, ce n'est plus une simple macule cicatricielle, atrophique, qui succède à l'élément suppuré, c'est un nodule fibreux, saillant, ferme, dur, de consistance chéloïdienne. Le cuir chevelu est littéralement criblé de ces tumeurs fibreuses. Elles sont bien entendu absolument indolores. Les cheveux normaux reprennent immédiatement à leur périphérie. Lors-

qu'ils sont longs, ils arrivent à masquer plus ou moins complètement ces tuméfactions fibreuses, mais alors la pulpe des doigts, explorant le cuir chevelu, pèrçoit la saillie de ces nodosités et parcourt une surface littéralement bosselée.

L'examen bactériologique ne montre, dans toute l'évolution de ces lésions, que du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré.

Comme nous avons essayé de le démontrer au début de ce chapitre, il y a dans ce type une lésion élémentaire, une évolution et un aboutissant cicatriciel entièrement différents du type que nous avons proposé d'appeler «folliculites épilantes cicatricielles». Manifestement il s'agit de deux types qui s'opposent par tous les caractères que nous venons d'énumérer.

L'aspect si particulier de ces lésions ne pouvait pas échapper aux bons observateurs. Mais manifestement la plupart ont été embarrassés pour savoir où le classer et ne l'ont pas individualisé avec une netteté suffisante.

C'est ainsi que Sabouraud, dans son «Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu», décrit dans les affections du cuir chevelu au cours de la vieillesse au chapitre «Infection staphylococcique», (page 451), des lésions qui se rapprochent manifestement de celles que nous venons de décrire. Après avoir parlé du sycosis capillitii du vieillard, il écrit en effet: «S'il s'atténue sans disparaître, il donnera lieu à l'une des formes de l'acné décalvante de Quinquaud. Peu à peu, à la place de folliculites passées, les cheveux seront tombés, laissant de petites surfaces glabres qui se fusionnent pour former une plaque irrégulière cicatricielle. Ces plaques ont ceci de spécial, que le toucher y révèle des bosselures en même temps que l'œil y montre des cicatrices plus ou moins ombiliquées».

Il est clair que dans cette description de Sabouraud nous retrouvons en partie celle que nous venons de donner nous-mêmes. Mais l'exclusivité de ces lésions au vieillard ne nous paraît pas parfaitement exacte; le malade de notre observation III est un homme jeune de 27 ans.

Par contre, Erich Hoffmann a nettement vu le type que nous venons de décrire et l'a individualisé en de nombreux travaux sous la dénomination de «Peri folliculitis abcedens et suffodiens cicatricans capillitii». D'après ses descriptions, la lésion élémentaire de cette dermatose consiste en une folliculite purulente. Cette lésion disséminée en de nombreux foyers évoluant simultanément ne va pas tarder à gagner les zones profondes du follicule pileux et va y former un abcès. Celui-ci peut s'enkyster et former un nodule saillant à la surface du cuir chevelu ou au contraire se fistuliser.

Les abcès voisins, sous-minant le cuir chevelu ont grande tendance à confluer dans l'épaisseur de la peau, de telle manière que l'on peut pousser assez loin la pointe d'un scarificateur introduite dans un des trajets fistuleux.

L'alopécie cicatricielle déterminée par cette affection n'est pas une alopécie en nappe, mais y est représentée, au contraire, par de petites cicatrices glabres, isolées, cicatrices profondes rappelant la cicatrice furonculeuse.

L'histologie nous montre un granulome avec mono et polynucléaires.

Pour Hoffmann, cette affection qui serait souvent combinée à l'acné chéloïdienne évoluerait d'une façon plus subaiguë que la folliculite épilante de Lailler-Quinquaud et serait plus influençable par la thérapeutique.

Ici nous sommes en tous points d'accord avec Erich Hoffmann et notre description cadre complètement avec la sienne.

Il y a donc là un type net, entièrement différent des folliculites superficielles, à répétition, migratrices, serpigineuses, évoluant constamment en bordure d'une grande plaque qui s'étale peu à peu en tache d'huile.

Si l'on veut sortir de la confusion constante que l'on retrouve dans tous les premiers travaux de Lailler, de Quinquaud, de leurs élèves et des dermatologistes qui se sont occupés de la question après eux, il faut donc faire abstraction du passé et rebaptiser franchement les deux types que nous venons d'individualiser, en retenant toutefois les dénominations de Lailler et de Quinquaud, les

premières en date, mais en attribuant à chacune d'elles un sens bien défini.

Pour le premier type, nous avons proposé le nom de «Folliculites épilantes cicatricielles». Pour le second, nous proposons celui d'«Acné décalvante» qui correspond parfaitement à ces lésions suppurées profondes qui rappellent celles de l'acné indurée. Mais il est bien entendu que ce type se confond avec la «Péri folliculitis abcedens et suffodiens» d'Hoffmann.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Ce chapitre comprendra deux parties.

Dans la première, nous passerons en revue les maladies autres que les folliculites chroniques capables de produire des alopécies et nous nous efforcerons de mettre en relief les points qui les séparent des folliculites dépilantes cicatricielles.

Dans la seconde, nous étudierons les caractères qui différencient entre elles les diverses formes des folliculites chroniques que nous avons étudiées.

Parmi les différentes sortes d'alopécies pouvant atteindre le cuir chevelu, les unes sont passagères, le processus morbide n'ayant pas supprimé la fertilité du follicule pilo-sébacé, les autres, alopécies cicatricielles, sont définitives : le follicule a disparu et est remplacé par une cicatrice fibreuse.

Nous ne parlerons pas ici de l'alopécie séborrhéique ; cette alopécie diffuse, non cicatricielle avec repousse constante, mais insuffisante des cheveux a des caractères trop nets pour que l'on puisse la confondre avec une des variétés de folliculites chroniques que nous avons étudiées.

I. — LES ALOPÉCIES PASSAGÈRES.

Les alopécies passagères sont soit diffuses, soit circonscrites.

Les alopécies passagères diffuses.

Certaines de ces alopécies suivent la cause qui leur a donné naissance à 15 jours d'intervalle. Elles sont produites : par l'in-

gestion d'acétate de thallium, par l'application de rayons X à dose thérapeutique.

Le début de ces alopécies est brusque, la chute se poursuit pendant plusieurs jours, pour dénuder sous le cuir chevelu. Au bout d'un mois les cheveux commencent à repousser et au bout de trois mois la chevelure est aussi fournie qu'auparavant.

Un autre groupe d'alopécies passagères diffuses est représenté par celles qui se produisent deux mois et demi soit après un accouchement, une intervention chirurgicale portant sur la cavité abdominale, soit après une affection fébrile, à température élevée (39°5) pendant plusieurs jours, telle que fièvre typhoïde, puerpérale, influenza.

Ces alopécies ne sont jamais totales et il est facile d'en faire le diagnostic. On connaît le signe décrit par Sabouraud : «Pincer une touffe de cheveux derrière l'oreille et tirer. Si on en détache une douzaine, il y a toutes les probabilités pour que l'alopécie en question soit d'origine fébrile».

L'alopécie syphilitique secondaire. — Elle survient à la période secondaire de la vérole au déclin de la roséole. Son début brusque, la chute des cheveux en de multiples petites aires, — ce qui lui a valu le nom d'alopécie en clairières — la repousse constante des cheveux hâtée par le traitement, l'existence antérieure d'un chancre, d'autres signes cutanéo-muqueux de syphilis secondaire, une sérologie positive, sont autant de signes permettant de poser un diagnostic sûr.

Les alopécies passagères circonscrites.

La Pelade. — Affection essentiellement récidivante pouvant se localiser dans toute région velue du corps, se généralisant parfois, la Pelade, dans la grande majorité des cas, débute par un point où les cheveux tombent spontanément. Si alors on tire sur les cheveux avoisinants, ceux-ci s'arrachent avec la plus grande facilité et on délimite alors une petite plaque ovalaire à bords réguliers, semée de cheveux peladiques, cheveux difformes, courts, en forme de massue, s'épilant sans résistance,

Cette plaque peut rester stationnaire ou s'agrandir par poussées ; il peut également se former d'autres plaques, mais ce qui est particulier, c'est que chacune de ces plaques évolue d'une façon autonome, les unes guérissant pendant que les autres s'agrandissent. Pendant toute la durée du processus d'extension, on trouve des cheveux peladiques sur les bords de la plaque. La repousse normale se fait par de nombreux cheveux de duvet pâles.

Quelle différence avec les plaques alopéciques dues aux folliculites chroniques ! En effet, dans la Pelade, aucune inflammation, aucune pustule, pas d'atrophie de la peau, pas de plaques à bords serpigineux, microcycliques, mais existence du cheveu peladique et d'un duvet de repousse. Un examen sérieux ne permet pas de se tromper.

La Trichotillomanie. — C'est un tic qui consiste dans l'épilation des cheveux d'une région du cuir chevelu, ce qui va constituer à la longue un placard plus ou moins glabre. C'est surtout chez les enfants nerveux, dans les régions rétro-auriculaire et temporale, que l'on trouve de semblables lésions.

Ces plaques, qui ne présentent aucune inflammation, n'ont pas de bords nets. A leur intérieur avec des cheveux sains qui n'ont pas été épilés, on trouve de nombreux cheveux de repousse. Si les malades portent une calotte qui empêche leur tic, la repousse se fera rapidement.

La localisation des lésions, leur aspect et l'interrogatoire du malade ou de ses parents, auront vite fait poser le diagnostic.

II. — LES ALOPÉCIES DÉFINITIVES CICATRICIELLES.

Les alopécies traumatiques se reconnaissent facilement à leur forme, au véritable tissu de cicatrice qui remplace le cuir chevelu. Le malade, dans certains cas, se souvient lui-même de l'origine de la lésion.

Les alopécies dues à des brûlures, sont également faciles à diagnostiquer. Que la lésion ait été produite par un liquide bouillant ou un caustique tel que le vitriol ou qu'elle soit le fait d'une application mal dosée de rayons X ou de radium, l'aspect irrégulier

de la cicatrice, les caractères particuliers de la radiodermite, l'anamnèse permettront d'éliminer tout de suite les folliculites chroniques dans l'étiologie de l'affection.

Les alopécies causées par un champignon. — Il y a deux affections que l'on a souvent confondu avec la pseudo-pelade et pourtant elles n'ont absolument rien de commun avec elle ; ce sont le favus et les trichophyties.

Le favus crée en général une ou deux grandes plaques alopéciques sans bords nets dont la surface, au lieu d'être blanche comme dans la pseudo-pelade, est plus ou moins rouge. Les poils atteints ont un aspect sec et terne ; à l'examen et par la culture, on peut déceler l'achorion. Je ne parle pas des cas où l'on peut trouver le godet favique ou les croûtes, car dans ces cas, le diagnostic est instantané.

Plus délicat est le diagnostic entre une plaque de Pseudo-pelade ou des Folliculites épilantes de Lailler-Quinquaud non en évolution et une plaque de Favus guéri. Nous nous baserons sur la multiplicité moins grande des points d'attaque, sur la régularité plus grande des plaques, sur les antécédents ; en général le Favus débute dans l'enfance, alors que la Pseudo-pelade est une maladie de l'adulte ; d'autre part les godets et les croûtes ont précédé le stade cicatriciel. Dans le favus, la peau présente un aspect encore plus cicatriciel que dans la Pseudo-pelade ; par places, le cuir chevelu a un aspect franchement atrophique et comme plissé, en pelure d'oignon.

Il est difficile de confondre une Pseudo-pelade avec un Kérion. Au stade cicatriciel, si l'on voit bien la place occupée par le Kérion, il est à remarquer que l'alopécie n'est pas totale. A ce niveau, les cheveux ont été éclaircis, mais il n'en manque pas plus d'un sur deux. D'autre part la forme ovalaire de la lésion, l'aspect irrégulier de la cicatrice et les antécédents permettront de fixer le diagnostic.

L'endothrix violaceum peut laisser au niveau du cuir chevelu une quantité de très petites plaques glabres pouvant simuler un début de pseudo-pelade. Les antécédents du malade nous fixeront à ce sujet.

Alopécies dues au staphylocoque.

Une poussée de folliculites aiguës confluentes peu laisser au niveau du cuir chevelu une quantité de petites cicatrices. Il en est de même pour l'acné nécrotique. Cette affection que l'on observe surtout vers la cinquantaine est due au staphylocoque évoluant sur un follicule déjà atteint de séborrhée. La lésion pustuleuse de la surface se complique d'une nécrose profonde, ce qui amène la mort du follicule. Evoluant par poussées comme l'impétigo de Bockhardt, l'acné nécrotique va laisser au niveau du cuir chevelu une quantité de petites cicatrices rappelant celles de la variole.

Alopécie de la variole et de la varicelle.

La variole laisse des cicatrices alopéciques; le diagnostic est facile grâce aux renseignements donnés par le malade ou par son entourage. La varicelle ne laisse que de très petites cicatrices creuses. Elles sont très rares et disséminées sans ordre.

Toutes ces dermatoses et leurs cicatrices sont faciles à distinguer des folliculites chroniques que nous avons étudiées. Les points d'attaque, très nombreux, sauf dans la varicelle, n'ont aucune tendance à s'agminer pour former des plaques plus ou moins serpigineuses. L'évolution de la maladie et l'examen de la cicatrice ne peuvent laisser aucun doute.

Alopécies dues à l'impétigo.

On observe souvent chez des enfants des petites plaques cicatricielles d'environ un centimètre de diamètre, ovalaires ou arrondies, groupées les unes à côté des autres. Parfois même, ces plaques ont conflué et forment un assez grand placard glabre. Cette alopécie post-impétigineuse est due à un impétigo mal soigné. Il y a eu une irritation chronique de l'épiderme causée par l'existence de croûtes qu'on avait négligé d'enlever et cette irritation, par un mécanisme inconnu, a amené la mort du follicule.

Alopécie de la sclérodermie en plaques.

La sclérodermie en plaques du cuir chevelu est caractérisée par une bande en général assez régulièrement ovalaire ou allongée. Pendant la période d'activité, le cuir chevelu est jaunâtre, épaissi,

infiltré, se mobilisant difficilement. On observe dans certains cas, tout autour de cette bande, le lilac-ring pathognomonique de la sclérodermie.

A la période d'atrophie, la peau est lisse, blanche, très atrophiée et déprimée par rapport aux régions saines. Nous ne pouvons pas confondre cependant une plaque de sclérodermie et une plaque de pseudo-pelade. En effet, la plaque n'est pas entourée de petits points alopéciques satellites, les bords sont réguliers et non polycycliques, comme dans la pseudo-pelade.

Alopécie du lupus érythémateux.

Le lupus érythémateux atteint souvent le cuir chevelu et il s'y caractérise bientôt par une alopécie irrémédiable. Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et se présente sous la forme de taches de formes absolument variables, en général assez étendues, taches complètement glabres de coloration blanchâtre striée de rouge. En bordure on trouve souvent une zone tuméfiée d'un rouge plus vif recouverte de squames fines adhérentes. Dans certains cas, la lésion est entourée d'un petit halo de peau blanche. En même temps que cette localisation au cuir chevelu, nous trouvons très fréquemment des lésions de lupus érythémateux au niveau du visage. Nous ne confondrons pas cette lésion avec le sycosis lupoïde. Celui-ci en effet se limite exclusivement aux régions velues et présente de volumineuses pustules au niveau de la zone d'extension.

Dans la Pseudo-pelade et les folliculites épilantes cicatricielles, les points d'attaque sont beaucoup plus nombreux, plus petits, les plaques ont les bords beaucoup plus serpigineux, il n'y a ni rougeur vive, ni squames adhérentes. La cicatrice, dans le lupus érythémateux, est encore plus atrophique que dans la pseudo-pelade, le processus morbide ayant porté sur tout le territoire cutané atteint et non seulement autour des follicules pilo-sébacés.

Alopécies de la kératose pilaire.

Une variété de kératose pilaire que l'on observe chez les adultes entre 25 et 50 ans est caractérisée par la formation de petites

plaques alopéciques irrégulières, disséminées, ou s'anastomosant, surtout localisées au vertex. Ces zones alopéciques sont d'un blanc mat, à leur niveau le cuir chevelu est atrophié, déprimé, comme dans la pseudo-pelade. Le diagnostic différentiel est dans ces cas fort difficile; cependant dans la kératose pilaire, on trouve constamment à la périphérie des plaques de petites papules péripilaires reposant sur un fond légèrement érythémateux. Les poils centrant ces papules ne sont pas normaux; grêles et fins, ils sont manifestement atrophiés.

C'est sur le caractère morbide de ces poils et sur l'existence des papules que se base le diagnostic permettant de différencier ces plaques de Kératose pilaire d'une pseudo-peladè; il est quelquefois très délicat, sinon même impossible.

Alopécie atrophique.

Sabouraud a décrit sous le nom d'«alopécie atrophique» une affection pouvant atteindre l'homme, mais qui est beaucoup plus fréquente chez la femme. Elle se caractérise par une plaque à bords diffus, tout d'abord demi-chauve, siégeant en général au niveau du vertex. Cette plaque va s'agrandir insensiblement. Le duvet abondant qu'elle possédait va finir par disparaître. Cette alopécie est manifestement due à un état atrophique du cuir chevelu dont l'étiologie et le traitement nous sont tout à fait inconnus.

L'alopécie liminaire frontale.

C'est une maladie rare que l'on a seulement rencontrée chez la femme. Elle débute par deux foyers squamo-croûteux dans les régions pré-auriculaires, foyers qui vont se rejoindre par un ruban antérieur squamo-croûteux lui aussi. Il n'y a aucune tendance à l'ulcération et pourtant sous ces squames une alopécie irrémédiable va se produire.

Alopécie due à une affection de la voûte crânienne.

Les ostéomyélites de la voûte, les gommes syphilitiques peuvent causer des alopécies définitives. L'aspect de la cicatrice et l'histoire de la maladie établiront rapidement le diagnostic.

Alopécies dues au lupus tuberculeux, aux syphilides tertiaires et à la gale norvégienne.

Enfin, le lupus tuberculeux et les syphilides tertiaires peuvent, dans certains cas, atteindre le cuir chevelu. Nous ne les confondrons pas avec le sycosis lupoïde ; la zone active de celui-ci est beaucoup plus infiltrée, beaucoup plus inflammatoire et possède de nombreuses pustules, caractère qui manque dans le lupus et la syphilis tertiaire. De plus, on trouvera constamment des lésions lupiques ou spécifiques au niveau du visage.

Enfin, M. le professeur L.-M Pautrier a publié dans le Bulletin de la Réunion Dermatologique de Strasbourg (Novembre 1929) un cas extraordinaire de gale croûteuse, dite gale norvégienne, ayant abouti à une alopécie totale du cuir chevelu. Ce sont là cas rarissimes ne pouvant guère entrer en ligne de compte dans un diagnostic différentiel qui se ferait d'ailleurs de par l'existence des lésions du corps.

***

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES FOLLICULITES CICATRICIELLES.

Nous avons déjà suffisamment insisté en décrivant chacun des types morbides que nous avons étudiés, sur les caractères différentiels qui les séparent et qui nous ont permis de préciser chaque type pour n'avoir pas à y revenir et nous nous bornerons à rappeler schématiquement les éléments du diagnostic.

Des quatre variétés de folliculites chroniques que nous avons étudiées : sycosis lupoïde, acné décalvante (Péri folliculitis abcedens et suffodiens cicatrisans capillitii de Hoffmann) folliculite épilante cicatricielle, Pseudo-pelade de Brocq, les deux premières sont franchement inflammatoires et suppurées. Dans la Folliculite épilante cicatricielle de Lailler-Quinquaud, le processus irritatif est déjà beaucoup moins prononcé ; il est tout à fait torpide dans la pseudo-pelade.

Ce fait va conférer à ces quatre affections des caractères bien tranchés.

Le sycosis lupoïde se différencie des trois autres variétés par le *petit nombre de ses foyers*, sa symétrie presque constante, les deux zones bien distinctes de ses lésions, une zone périphérique, évolutive, inflammatoire, croûteuse et squameuse, très infiltrée, farcie de folliculites, et une zone centrale cicatricielle mais non atrophique. Dans le sycosis lupoïde le derme loin d'être aminci est hypertrophié, lardacé, de consistance kéloïdienne par endroits.

L'acné décalvante au contraire est caractérisée par un *grand nombre de foyers* disséminés sur toute l'étendue du cuir chevelu, par la profondeur des abcès qui ont tendance à confluer dans l'épaisseur de la peau et par le fait que les cicatrices ne donnent pas ici d'alopécie en nappe, mais de petits points glabres isolés.

Quel tableau clinique différent nous est donné par la Folliculite épilante cicatricielle de Lailler-Quinquaud. En général, dans cette affection, on ne trouve qu'un petit nombre de foyers ayant tendance à se grouper et à former des plaques alopéciques à la périphérie desquelles on trouve des folliculites tantôt abondantes au cours des poussées, tantôt rares et discrètes dans les périodes d'accalmie. La folliculite est toujours superficielle, jamais profonde et la plaque une fois formée va s'agrandir lentement d'une façon excentrique en «tache d'huile».

Les bords de cette plaque ne sont pas nettement arrêtés. A leur niveau, on passe insensiblement du cuir chevelu sain et touffus à l'alopécie totale en traversant une zone plus ou moins large dans laquelle on remarque une raréfaction des cheveux, la lésion élémentaire, la folliculite, et souvent une teinte rosée due à de l'hyperémie locale.

Tout autre est l'aspect d'une Pseudo-pelade en période d'activité. Aucune folliculite visible, jamais la moindre papule acnéïforme, pas d'inflammation appréciable, grande tendance des éléments glabres voisins à se fusionner pour former des plaques alopéciques à bords serpigineux, microcycliques. Ces bords sont nets,

il n'y a pas de zone de transition entre la zone cicatricielle alopécique et le cuir chevelu sain.

Les arguments histologiques s'ajoutent aux arguments cliniques que nous venons d'énumérer et les renforçent. Pas plus histologiquement que cliniquement, la pseudo-pelade ne montre de »pustule» de collection à polynucléaires alors que dans la folliculite épilante de Lailler-Quinquaud on trouve des folliculites péri-pilaires nettes. Dans le sycosis lupoïde et l'acné décalvante du cuir chevelu, les collections purulentes à polynucléaires sont très abondantes et profondes.

Nous voyons qu'en présence d'un cas de folliculite chronique dépilante ,le diagnostic est facile à poser si la maladie se trouve en période d'activité. La tâche est par contre beaucoup plus délicate si la maladie n'évolue plus depuis un certain temps.

En particulier, comment différencier deux plaques alopéciques : l'une due à la Pseudo-pelade, l'autre à la Folliculite dépilante cicatricielle de Lailler-Quinquaud ?

L'examen de la plaque glabre nous le permettra en général. Celle-ci est plus blanche, plus ivoirine dans la pseudo-pelade que dans la Folliculite épilante de Lailler-Quinquaud dans laquelle la cicatrice est grisâtre, parfois rose ou même rouge par endroits. L'atrophie cutanée est plus marquée dans la pseudo-pelade et le bord des plaques alopéciques y est fort net, caractère qui manque à la Folliculite de Lailler-Quinquaud.

De plus l'interrogatoire du malade nous précisera l'existence ou l'absence de lésion suppurative initiale, point capital dans le diagnostic différentiel.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT DES FOLLICULITES DÉPILANTES CICATRICIELLES.

Il est de toute évidence que le traîtement des folliculites chroniques dépilantes ne peut se proposer de faire repousser les cheveux sur les zones déglabrées ; ceci est impossible. La thérapeutique ne peut qu'essayer d'enrayer l'évolution et l'extension du processus morbide ; elle variera suivant la variété de folliculite chronique que nous aurons à traiter.

Traitement de la Pseudo-Pelade.

Comment traiter un cas de Pseudo-pelade ?

Brocq recommande deux traitements à employer alternativement pendant un mois. On choisira pour continuer celui qui a le mieux réussi.

I°) — *Traitement hydrargyrique.*

a) Faire tous les soirs une bonne friction du cuir chevelu avec la lotion suivante :

Acide acétique cristallisé.....	5 grammes
Bichlorure de Mercure.....	20 centigrammes
Glycérine neutre pure.....	25 grammes
Alcool à 86°.....	75 grammes
Eau distillée	150 grammes

U. E.

Si cette lotion irrite trop le cuir chevelu on l'étendra avec de l'eau bouillie.

b) On appliquera ensuite pour la nuit la pommade suivante :

Oxyde de Mercure ..... 1 gramme
Goudron purifié ..... 3 grammes
Vaseline ..... 20 grammes
U. E.

c) Le matin, savonnage, séchage, et lotion à l'alcol camphré.

II°) — *Traitement soufré*

a) Le soir le cuir chevelu sera lotionné avec le mélange suivant :

Un quart de verre d'eau chaude et XXX à C gouttes de polysulfure de potassium liquide, suivant la tolérance du cuir chevelu.

b) Pour la nuit on appliquera la pommade suivante :

Soufre précipité ..... 2 grs
Teinture de cantharides ..... 0 grs 25
Baume du Pérou ..... 0 grs 75
Moelle de bœuf ..... 15 grs
Huile de Ricin ..... 5 grs
U. E.

ou plus simplement une pommade au soufre et goudron au dixième ou encore la lotion soufrée de Widal :

Soufre précipité ..... 10 grs
Alcool à 90° ..... 20 cm³
Eau distilée ..... 70 cm³
U. E.

c) Le matin savonnage et friction à l'alcool camphré.

De ces deux traitements, c'est le traitement soufré qui a donné à Brocq le meilleur résultat.

Photinos juge l'épilation par rayons X indispensable. Nous ne sommes pas de son avis et nous ne croyons pas non plus à la nécessité de l'épilation méthodique autour des zones atteintes.

Traitement des Folliculites épilantes et de l'Acné décalvante.

Nous traiterons les folliculites épilantes du cuir chevelu, le sycosis lupoïde et l'acné décalvante (Péri Folliculitis abcedens

et suffodiens cicatrisans capillitii) de la même façon ,c'est-à-dire : épilation large et renouvelée à la pince ou mieux, épilation aux rayons X .Si l'épilation radiothérapique paraît inutile dans la pseudo-pelade, elle est par contre indispensable dans les Folliculites dépilantes, tout comme dans le sycosis. La pustule étant toujours péri-pilaire, cesse automatiquement de se produire lorsqu'il n'y a plus de cheveux. Par contre, on verra parfois survenir une poussée pustuleuse intense dès que la repousse se sera faite.

On pratiquera également dans l'acné décalvante l'ouverture des abcès profonds, des frictions énergiques à l'alcool iodé chaque jour suivies par l'application d'une pommade ou d'une lotion soufrée.

Le sycosis lupoïde et l'acné décalvante répondent bien à ce traitement qui malheureusement est en général beaucoup moins efficace en face d'une folliculite épilante de Lailler-Quinquaud.

CONCLUSIONS.

I. — La question des Folliculites cicatricielles du cuir chevelu, posée en 1888 par Lailler, Quinquaud, puis Brocq, le fut de façon assez ambiguë et avec un manque de précision qui a obscurci longtemps ce sujet difficile. Seul Brocq mit de la clarté dans le sujet, en précisant, de façon magistrale, le type de la Pseudo-pelade, à laquelle son nom doit rester attaché. Encore est-il quë, troublé par le premier cas qu'il en observa et où les lésions érythémateuses péri-pilaires étaient particulièrement prononcées, il hésita sur l'interprêtation qu'il fallait donner aux Folliculites épilantes cicatricielles de Quinquaud et à l'acné décalvante de Lailler et se demanda si ces deux types ne devaient pas être considérés comme de simples pseudo-pelades compliquées de folliculites.

Les mêmes doutes se retrouvent si l'on se reporte aux Traités ou Précis, aux travaux de Darier, de Sabouraud et de la quasi totalité des dermatologistes.

II. — Si l'on rëprend la question pour en faire une étude d'ensemble, le mieux est évidemment de se reporter aux sources, aux articles originaux de Quinquaud, de Lailler et aux thèses de leurs élèves.

On s'aperçoit alors, si on lit minutieusement tous ces textes, que les efforts faits pour séparer et préciser chacun de ces deux types, n'arrivent nullement à les opposer et à en faire deux formes différentes. Seule, la constatation d'un «microphyte spécial» dans le type Quinquaud a semblé un instant lui conférer une individualité réelle. Mais personne ne songerait plus aujourd'hui à faire valoir pareil argument et Quinquaud lui-même l'abandonnait assez rapidement.

La vérité c'est que les descriptions de Quinquaud, aussi bien que celles de Lailler et de leurs élèves manquent de précision et de netteté. En réalité, ce manque de précisions permet d'englober dans l'un ou l'autre type, le type opposé aussi bien que la pseudopelade. On est ainsi en pleine confusion, confusion qui se trouve aujourd'hui dans nombre d'ouvrages.

III. — Et pourtant, il y a bien deux types parfaitement nets, parfaitement différentiés de folliculites chroniques cicatricielles du cuir chevelu. Mais pour les isoler, il faut oublier en quelque sorte tout le passé. Il faut n'en retenir que les deux termes employés l'un par Quinquaud, l'autre par Lailler, qui, en réalité, s'appliquent parfaitement aux aspects objectifs que nous avons étudiés. Mais dans ce nouveau baptême, il faut bien savoir que ce que nous appellerons «Folliculites épilantes cicatricielles» et «Acné décalvante» ne correspondra plus au sens que leur avait donné leur créateur, sens qui était beaucoup trop vaste et confus.

IV. — Nous retetons, pour l'isoler tout de suite, la Pseudopelade de Brocq. Elle constitue un type parfaitement net et précis sur lequel tout le monde peut s'entendre.

Elle représente la forme des périfolliculites sèches, sans folliculite suppurée. Cliniquement elle se caractérise par l'apparition de points d'attaque multiples pouvant rester isolés ou se fusionner pour former une ou plusieurs grandes plaques. Le maximum des lésions cliniquement appréciables, dans les zones d'extension et d'activité, est un petit point érythémateux entourant le point d'émergence des cheveux. Ceux-ci tombent ou viennent facilement à la pince, engainés. La lésion constituée est réprésentée par des plaques totalement alopéciques, à contours irréguliers, géographiques, entourées brusquement par des cheveux sains et normaux.

L'anatomie pathologique confirme et explique cet aspect clinique. Elle montre des lésions de péri-folliculite sèche jamais suppurée détachant le poil, détruisant le follicule et aboutissant au remplacement du poil par une sorte de véritable cheminée cicatricielle.

Nous ignorons encore tout de son étiologie. L'hypothèse parasitaire n'a pas encore pu faire valoir d'argument probant. Les constatations histologiques de Civatte tendraient à incriminer une étiologie endocrinienne.

V. — Nous donnons le nom de «Folliculites épilantes cicatricielles» à un type également parfaitement défini.

Les points d'attaque sont rares: un, deux ou trois à l'inverse de la multiplicité des points de la pseudo-pelade. La lésion initiale est une folliculite suppurée staphylococcique, folliculite clinique et histologique avec infiltration plasmocytaire à son voisinage. Son aboutissant est la destruction du follicule pileux, par processus pyogène et la formation d'une cicatrice alopécique dans laquelle persistent parfois quelques cheveux qui auront échappé à ce processus pyogène. Mais les folliculites qui abandonnent évidemment la zone cicatricielle, comme un «feu qui ne trouve plus d'ardres à brûler» se reforment par poussées à la périphérie. La plaque ou les plaques vont donc continuer à s'étendre serpigineusement par la périphérie, en «tache d'huile», lentement, mais inexorablement. Elles arrivent ainsi à dépiler des zones très étendues, peuvent confluer et dénuder une grande partie du cuir chevelu. Au moment des poussées, on observe des folliculites très nombreuses; dans les périodes d'accalmie, elles sont rares, peuvent manquer, et on ne trouve plus que des croûtelles et des points rougeâtres autour des cheveux. Mais l'interrogatoire revèlera que les folliculites ont existé et l'observation ultérieure permettra bientôt de les voir à nouveau.

VI. — Ce type est évidemment voisin du sycosis lupoïde de la barbe et en est, en quelque sorte, l'équivalent au niveau du cuir chevelu. Histologiquement les deux lésions sont également voisines. Toutefois, on peut observer des différences cliniques. Le sycosis lupoïde est plus inflammatoire, la peau entre les pustules est le siège d'une inflammation chronique, elle est plus épaisse, parfois lardacée. D'ailleurs l'usage veut plutôt, suivant la définition même donnée par Brocq, que l'on réserve le terme de sycosis lu-

poïde aux folliculites épilantes de la barbe. Nous conservons donc celui de «Folliculites épilantes cicatricielles» pour les lésions que nous venons de décrire au cuir chevelu.

Toutefois, il y a peut-être lieu d'admettre l'existence d'un vrai sycosis lupoïde du cuir chevelu ; Hoffmann a décrit en effet un type où les lésions, parties de la barbe, gagneraient la région temporale et de là pourraient s'étendre sur la région pariétale.

VII. — Nous donnons le nom d'«Acné décalvante» à un type morbide parfaitement défini et tout différent du précédent.

Ici encore, il s'agit d'un processus pyogène évident, mais à l'inverse des folliculites épilantes cicatricielles, les points d'attaque sont ici fort nombreux ; chacun restera isolé, ne se fusionnera pas avec les voisins et chacun fera sa cicatrice circonscrite individuelle.

La lésion de début peut être une grosse folliculite staphylococcique péri-pilaire, mais profonde et ayant peu de tendance à se rompre. Les éléments à la période d'état sont constitués par des nodosités de la grosseur d'un pois vert à un noyau de cerise, saillants, bombés, pâteux, parfois fluctuants et au niveau desquels les cheveux sont tombés. Ce sont de véritables petites collections suppurées ; en effet, ponctionnées au scarificateur, elles donnent issue à plusieurs grosses gouttes de pus épais, et le scarificateur permet également de constater parfois de vrais décollements du cuir chevelu. Or, toutes ces lésions qui suppurent ainsi franchement, ne sont pas, ou presque pas douloureuses, ne donnent pas de température et évoluent pendant des mois et des années.

Le stade terminal est représenté par des cicatrices correspondant aux nodules suppurés. Ces cicatrices peuvent être blanches, déprimées, atrophiques. Elles peuvent au contraire devenir saillantes, fibreuses, chéloïdiennes de consistance. Le cuir chevelu peut être aussi parsemé d'une quantité de cicatrices bien circonscrites de la grandeur d'un noyau de cerise, entourées brusquement de cheveux sains, ou de nodosités exubérantes, fibreuses qui «cloutent» la surface de la tête.

Le type que nous venons de décrire mérite bien ce terme d'Acné décalvante, car ces nodules suppurés rappellent parfaitement les lésions de l'acné indurée et parfois de l'acné phlegmoneuse,

Il n'est que juste de faire remarquer qu'Erich Hoffmann l'a individualisé dans une série de travaux sous le nom de «Péri folliculitis abcedens et suffodiens». Si nous préférons celui d'acné décalvante, c'est que ce dernier rend tout de même hommage aux travaux des premiers auteurs qui se sont occupés de la question.

Si l'on veut bien admettre la classification que nous venons de proposer, on pourra reconnaître, nous l'espérons, qu'elle apporte un peu d'ordre et de clarté dans une question difficile et jusqu'ici singulièrement embrouillée. Nous pensons qu'elle correspond à la réalité des faits et nous espérons qu'elle servira à ceux qui voudront bien s'occuper du même sujet.

Vu, le Président de thèse :
L.-M. PAUTRIER

Vu, le Doyen :
Pr. MERKLEN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE.

ADAMSON : «Peculiar Alopecia». *British Journal of derm.*, 1896, p. 217.

ALLEN et LUSTGARTEN : «Cas d'acné pilaire cicatricielle». *Journal of cutaneous diseases*, 1894, p. 171.

ARNDT : «Ueber einige Formen narbiger Kahlheit, ihre Diagnose und Therapie». *Monatshefte für Dermatologie*, XLVI, 1908, p. 448.

ARNOZAN : «Pseudo-Pelade». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1891, p, 710.

— «Folliculite dépilante des parties glabres». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 491.

BAER : «Pseudo-Pelade Brocq». *Monatshefte für Dermatologie*, XLVIII, 1909, p. 362.

BATEMAN : *Praktische Darstellung der Haut-Krankheiten*. Traduction allemande, Leipzig, 1825. Article Porrigo decalvans, page 209.

BECHET : «Pseudo-Pelade of Brocq». *Archives of Dermatology and Syphilology*, 1923, vol. 7, N° 1, p. 274.

BESNIER : Réunion Clinique hebdomadaire des médecins de l'Hôpital St-Louis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1889, p. 104.

BESNIER, BROCQ et L. JACQUET : *La Pratique Dermatologique*, Paris, Masson, 1900.

BIZZOZERO : «Folliculitis und Perifolliculitis ulcerans serpiginosa». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912, p. 111.

BLASCHKO : «Krankenvorstellung Pseudo-Pelade». *Dermatologische Zeitschrift*, 1906, p. 519.

BRANDWEINER : «Ein Fall von Pseudo-Pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 101, 1910, p. 369.

— «Pseudo-Pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, p. 10.

BROCQ: «Alopecia». *Journal of Cutaneous and venereal diseases*, février, 1885, vol. III, p. 50.

— «Sycosis lupoïde». *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, Séance du 12 octobre 1888.

— «Pratique Dermatologique». Masson 1900.

— «Pseudo-Pelade et acné décalvante». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901, p. 138.

BROCQ, LENGLET et AYRIGNAC: «Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade». *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, p. 1.

BRONSON: «Notes on certain pustular diseases attended with atrophy». *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, Avril 1891, page 121.

BUTTE: «Traitement de l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade de Brocq». *Annales de Thérapeutique dermatologique et syphilitique et de prophylaxie antivénérienne*, 1906, p. 99.

CABASSI: «Pseudo area del Brocq». *Pensiero medico*, 20 avril, 1924.

CANTRELL et SCHAMBERG: «Ulerythema sycosiforme». (Sycosis lupoïde). *Journal of the American medical association*, 16 avril 1898, p. 895.

COURREGES: «Etude sur la Pelade». *Thèse de Paris*, 12 mars 1874, Chapitre diagnostic, p. 23.

CROCKER R.: «Folliculitis decalvans». *British Journal of Dermatology*, 1897, p. 476.

— «Alopecia cicatrisata». *Diseases of the skin*, 3ème édition, Londres, 1903, p. 1160.

DANLOS: «Un cas de pseudo-pelade, type Brocq». *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1903, p. 585.

DARIER: «Alopecie atrophiante en clairières. Pseudo-pelade de Brocq». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901, p. 58.

DAVIS : «A case of folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1908, p. 277.

DOMLING : «A case of pseudo pelade associated with lichen planopilaris». *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, 1925, p. 274.

DORE : «A case of lichen planus and pseudo pelade». *The British Journal of dermatology and syphilis*, 1920, XXXII, p. 15.

DREUW : «Das Anfangsstadium der Alopecia Atrophicans. Pseudopelade Brocq» *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1913, vol. 2, N° 45, p. 2181.

DUBREUILH : «Les alopécies atrophiques». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 329.

— «Folliculite dépilante des parties glabres». *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 253.

— «Une alopécie de forme pseudo-pelade». *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 17 mai 1921. Bulletin, p. 219.

DUCREY et STANZIALE : «Contributio clinico anatomopathologico e bacteriologico allo studio di alcune affezioni delle regioni pellosi (volto e cuoio capelluto) con esito in atrofia». *Giornale italiano delle mallatie veneree et della pelle*. Juin 1892, p. 239.

ELLIOT : «Ulerythema sycosiformē». *Journal of cutaneous diseases*, 1892, p. 35.

FERRY : «Sycosis lupoïde». *British Journal of Dermatology*, 1898, p. 255.

FOX G. H. : «The rare forme of alopecia». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1894, p. 396.

— New-York Dermatological Society, 26 Octobre 1897.

— «A case of Pseudo-Pelade». *The British Journal of Dermatology ant Syphilis*, 1912, t. XXIV, p. 223.

— «Folliculitis decalvans». *Archives of Dermatology and Syphilis*, 1921, t. III, p. 872.

GALLOWAY : «Cas de Sycosis lupoïde». *British Journal of Dermatology*, 1897, p. 32.

— *The British Journal or Dermatology and Syphilis*, 1898, p. 330.

— «Atrophie folliculitis of the scalp». *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, 1902, p. 57.

GATE, GUILLERET et BOYER: «Acné décalvante, kératose pilaire atrophiante et onychogryphose des orteils». *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1931, p. 1033.

GLAVTSCHE: «Ein Fall von Pseudo-Pelade Brocq». *Dermatologische Zeitschrift*, 16, 1909, p. 179.

GOFFREDO-SORRENTINO: «Della pseudo-area del Brocq». *Giorn. ital. d. mal. ven. et della pelle*. Fasc. V, 1906.

GRAHAM LITTLE: «A case of Pseudo Pelade of Brocq». *The British Journal of Dermatologie and Syphilis*, 1908, t. XX, p. 231.

GRUNFELD: «On Folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*. XXVIII, 1910, p. 541.

HERXHEIMER: «Pseudo alopecia atrophicans». (Brocq). *Monatshefte für Dermatologie*, XLVIII, p. 1909, p. 358.

HEUSS: «Abnorme Fälle von Alopecia». *Monatshefte für praktisch. Derm.*, 1896, T. XXXI, p. 632.

HOFFMANN: Berliner Dermatologische Gesellschaft, 2 décembre 1901.

— «Pseudo-Pelade Brocq». *Monatshefte für Dermatologie*, XLV, 1907, p. 145.

— «Zur Klassifizierung und Benennung der atrophisierenden bzw. narbigen Alopecien und Folliculitiden». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 317.

HOLSTEIN: «Cas de folliculitis decalvans». *Society of dermatology and genito urinary diseases of Brooklyn*, 22 session, 12 oct. 1894, 29 session, 1895.

JACKSON: *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1892, p. 73.

— «A case of folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1896, p. 264.

JACKSON G. T. : «A case of folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1908, p. 277.

KAPOSI : «*Patologie et traitement des maladies de la peau*». Traduction de Besnier et Doyon, 1891, t. II, p. 180.

KELLER : «Ueber Alopecia Atraphicans». Leipzig 1911.

KINSBURG : «Pseudo-Pelade». *Journal of cutaneous ans veneral diseases*, 1915, p. 38.

KLOTZ : «Cas de folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1897, p. 436.

KREIBICH : «Alopecia atrophicans». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1900, p. 377.

LAILLER : Leçons faites à l'Hôpital St Louis et publiées dans la France Médicale, 1884.

LAWRENCE MC CAFFERTY : «Folliculitis decalvans atrophicans (Little). *Archives of dermatology ans syphilology*. Octobre 1928, p. 514.

LEBEDEW : «Zur Frage der Pseudo Pelade de Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, CXIX, p. 168.

LEVIN : «Pseudo Pelade». *Archives of dermatology and syphilology*, 1922, vol. 5, p. 661.

LOMHOLT : «Fall von Pseudo-Pelade de Brocq». *Dermatologische Zeitschrift*, Band XXX, 1920, p. 31.

MACKEE, for M. FORDYCE : «Pseudo Pelade». *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1914, p. 713.

— «Pseudo Pelade». *Journal of cutaneous and Venereal diseases*, 1915, p. 212.

MACLEOD : «A case of Pseudo Pelade of Brocq». *British Journal of Dermatology and Syphilis*, 1909, t. XXI, p. 27,

MALCOLM MORRIS : «Folliculite nécrosante du cuir chevelu». *British Journal of Dermatology*, 1890, p. 289.

— «Folliculitis decalvans». *The British Journal of Dermatology*, 1895, p. 193.

— «Folliculite atrophiante du cuir chevelu». *British Journal of Dermatology*, 1902, p. 130.

MARCOZZI ALDO : «Sur l'importance des altérations endocrino-sympathiques dans l'étiologie des folliculites chroniques atro-

phiantes». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1930, p. 144.

MELCHIOR ROBERT : «De l'acné décalvante». *Thèse de Paris*, 1889.

MENAHEM HODARA : «Drei wahrscheinlich durch Uebertragung entstandene Fälle von Pseudo Pelade Brocq». (Alopecia parvimaculata Dreuw). *Dermatologische Wochenschrift*, LVIII, 1914, p. 375.

MILLAN : «Pseudo-pelade et lèpre autochtone». *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1908, p. 280.

MONTESANO : «Sulla pseudo area». *Gior. ital. della mal. vener. et della pelle*, 1908, fasc. II, p. 197.

— «Sur un nouveau cas de Pseudo-pelade de Brocq». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1911, p. 59.

NAKAGAWA : «Notes on a case of pseudo pelade (Brocq)». *Japanese journal of Dermatology and Urology*, octobre 1928, p. 69.

NANDA : «Fall von Pseudo-pelade de Brocq». *Dermatologische Zeitschrift*, 36, 37, 1922, p. 151.

NEUMANN : «Alopecia areata». *Traité des Maladies de la Peau*. Traduction française. Paris 1880, p. 430.

NICLOT : Une variété spéciale des folliculites destructives des régions velues». *Thèse de Paris*, 1888.

— «Note sur un cas de folliculite décalvante, forme pseudo-pelade de Brocq». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894, p. 327.

NOBEL : «Ein Fall von Pseudo-pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 101, 1910, p. 372.

OBERMILLER : «Ein Fall von Pseudo-pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1916, C. XXII, p. 818.

OLTRAMARE : *Société Médicale de Genève*, février 1902.

OPPENHEIM : «Pseudo-pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1921, CXXXVII, p. 104.

OSTRJAKOW : «Ueber Pseudo-pelade de Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, CVIII, p. 279.

PAUTRIER : «La Pseudo-pelade». *Presse Médicale*, 1905, p. 339.

— «Folliculites cicatricielles dépilantes du cuir chevelu». *Bul-*

letin de la Société Française de Dermatologie, 1931, p. 1405.

PHOTINOS (Prof. Georges) : «Pseudo-pelade de Brocq associée avec psoriasis et pelade». *Société Hellénique de Dermatologie,* 17 mars 1929.

PHOTINOS (Prof. Georges) et A. SOUVATZIDES : *Société Hellénique de Dermatologie et de Vénéréologie,* 17 mars 1929.

PHOTINOS (Panagiotis B.) : «Lichen spinulosus et pseudo-pelade de Brocq». *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 17 mai 1921, Voir Bulletin, p. 219.

— «La Pseudo-Pelade». Paris Maloine, 1930.

— «Les Alopécies du cuir chevelu et leur diagnostic différentiel avec la pseudo-pelade de Brocq». *Presse Médicale,* 2 avril 1930, p. 456.

PRINGLE : «Folliculite pustuleuse du cuir chevelu». *British Journal of Dermatology,* 1890, p. 290 et 467.

— «Folliculitis decalvans». *Dermatological of London,* 13 mars 1895.

QUINQUAUD : «Une folliculite épilante et destructive des régions velues». *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 1888, p. 395.

— Réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'Hôpital St-Louis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1889, p. 99.

RAYER : *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris, Baillière, 1835.

ROBINSON : «Cas de Folliculitis decalvans». *Journal of cutaneous and genito urinary diseases,* 1901, p. 391.

ROTHWELL : «Pseudo-pelade». *Archives of dermatology and syphilology,* 1923, vol. 7 N° 1, p. 560.

RUETTE : «Ein Fall von Perifolliculitis capitis abcedens et suffodiens. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. 20, p. 901.

RUSCH : «Pseudo-Pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* CXIX, 1914, p. 27.

SABOURAUD : «Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant». Paris 1895, p. 42.

— «Traité des Maladies de l'enfance» publié sous la direction de MM. J. Granchér, J. Comby et B. Marfan, t. V, 1898, p. 600.

— Maladies du cuir chevelu, maladies séborrhéiques, Séborrhée, Acné, Calvitie, Paris 1902, p. 267.

— «Pseudo-pelade de Brocq». *Dermatologie topographique*. Masson, 1905, p. 249.

— «Pseudo-pelade de Brocq, son diagnostic différentiel avec l'alopécie cicatricielle du favus et l'alopécie syphilitique». *Le Clinique*, 12 janvier, 1921, p. 21.

— «Pyodermites et eczéma». Paris, Masson, 1928.

— «Pelades et alopécies en aires». Paris, Masson, 1929.

— «Affections du cuir chevelu». Paris, Masson, 1932.

SANTALOFF : «Contribution à l'étude des rapports du lupus érythémateux avec la pseudo-pelade de Brocq». *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1929, p. 565.

SCHAMBERG : «Folliculitis décalvans». *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*».

SCHERWELL : «Folliculitis pilaris decalvans». *Journal of cutaneous diseases*, 1892, p. 72.

SÉE : «Alopécie Pseudo-peladique». *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1903, p. 141.

SPRINZ : «Ein Fall von Pseudo-pelade Brocq». *Dermatologische Zeitschrift*, Band XXI, 1914, p. 1002.

TAENZER : «Ulérythème ophryogène». *Monatshefte für praktische Dermatologie*, N° 5, mars 1889.

TROITZKAJA : «Ueber Pseudo-pelade Brocq». *Dermatologische Wochenschrift*, 1930, t. XC, p. 642.

TROXELL : «Pseudo-pelade». *Archives of Dermatology and Syphilology*, 1925, N° 1, p. 274.

TUMMERS et ROSENBERG : «Familiäres Auftreten der Alopecia Brocq». *Dermatologische Wochenschrift*, N° 15, 1928, p. 502.

Ullmann : «Pseudo-pelade Brocq». *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, C.XII, 1912, p. 7.

Unna : «Ulerythème sycosiforme». *Monatshefte fü praktische Dermatologie*, 1889, t. IX, p. 134.

Wickham : «On a case of the pseudo-pelade of Brocq». *British Journal of Dermatology*, t. II, 1890, p. 251.

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1

STRASBOURG